ANNO XXVIII — Roma, 4 Luglio 1921 — Fasc. 27

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

MEDICINA SOCIALE.

Le assenze dal lavoro per malattia del personale nei telefoni dello Stato [1] e odierno problema sociale sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Prof. Dott. FEDERICO MAZZONE
docente nel R. Istituto di Studi Superiori e Perfezionamento in Firenze.

Il Comitato tecnico ministeriale per lo studio dell'Assicurazione obbligatoria contro le malattie fa notare, in elaborata Relazione, che nel campo delle sue ricerche ha dovuto ricorrere e servirsi, come base conclusiva, del problema finanziario, alle Statistiche straniere perchè «*la mancanza assoluta o quasi di dati statistici nostri attendibili si fa sentire dannosissima*».

Per la *morbilità femminile* constata: «*Mancano in Italia completamente i dati, cosicchè si sono dovuti prendere in esame quelli inglesi (Register of Friedly Societies) e quelli delle Casse germaniche* (1885-1902) *rivedute dal Bagni, venendo poi alla conclusione di adottare i coefficienti di morbosità eguali per i maschi e per le femmine*».

Per la *morbilità maschile*, riferendosi alle

(1) Alla benevola cortesia del Direttore Generale dei Servizi Elettrici, Gr. Uff. Comm. Luigi Salerno, debbo il permesso di pubblicare gli elementi di statistica che fanno parte di questo studio. Egli stava sistemando tutti i Servizi del grande e nuovo Dicastero, compreso quello Sanitario, quando la morte ha rapito la preziosa, fattiva ed ancora giovane esistenza!

Statistiche straniere adottate (Tavola inglese, Manchester, Unitez, 1893-1897) che comprendono anche gli infortuni sul lavoro, pur avendo attinto alle Tavole di morbosità Bagni (1881-1885) e coefficienti di morbosità degli Istituti di previdenza ferroviaria, il Comitato aggiunge: «*Si è incorso nel difetto di avere applicato al nostro ambiente i dati risultati dalle osservazioni fatte da altri, nella speranza che essi siano abbastanza omogenei*».

Per la durata di malattia la Commissione prese in esame gruppi statistici omogenei e basò il *coefficiente annuo di morbilità*, quale media, *a 7 giornate per ogni persona*, poichè dalle «Tavole dei trattati» la morbilità era risultata 6 *per gli uomini ed 8 per le donne*.

Ritenne poi il costo di ogni giornata di malattia (per cure mediche, sia in casa che in ospedali, somministrazione dei medicinali, ecc.) potesse essere di L. 3 e concluse: «*Se il costo giornaliero di un ammalato è di L. 3 ed il coefficiente di morbilità è 7, il costo annuale per ogni persona sarà di L. 21, ed il fabbisogno annuale complessivo salirà alla ragguardevole cifra di L.* 21×30.000.000=630.000.000».

Senza dubbio il Comitato tecnico ministeriale è venuto a risultati simili in base a premesse che non si addicono nè alla nostra popolazione, nè ai nostri tempi.

Gli studi statistici sulla morbilità hanno un'importanza di primissimo ordine, e valenti cultori delle discipline mediche anche in Italia, quali Devoto, Leoncini, Loriga, Pieraccini e molti altri, con ricerche accurate e complete, hanno messo in valore le molteplici malattie che derivano dal lavoro, con misure profilattiche per fronteggiarle.

Pel sociologo poi e lo statista questi studi hanno un'importanza grandissima, poichè è anche sulla morbilità che si basano serii preventivi finanziari.

Nei riguardi della nostra promulganda legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie, per venire a conclusioni esatte dobbiamo riferirci specialmente a statistiche morbigene nostrali in rapporto al costo odierno della vita, che è quadruplicato.

La Commissione ministeriale, per la mancanza di dati statistici nostri ufficiali sulla morbilità in Italia, ha dovuto ricorrere a quelli stranieri ed ha applicato a noi cifre ottenute da altri popoli, da altre razze, che vivono in altri climi, hanno costumi diversi e diversificano da noi molto anche per indole.

Come è possibile che queste statistiche straniere possano addirsi a noi e risolvere adeguatamente in Italia l'assillante odierna questione sociale?

E con ciò non entro in merito alle esperienze fatte da altre Nazioni in materia di assicurazione obbligatoria contro le malattie, nè dei gravi inconvenienti che da essa ivi s'incontrano.

Anche dati statistici parziali nostrali sulle assenze per malattia, opportunamente raccolti da amministrazioni pubbliche, ospedali, scuole, collettività in genere, che hanno per queste assenze una registrazione speciale, potrebbero dare un buon esito nella valutazione generale.

Nei telefoni dello Stato su otto anni (1912-1919) pel Compartimento di Firenze, ho fatto ricerche e deduzioni su elementi di statistica per la morbilità.

Ebbi pure occasione, per motivi di servizio, di raccogliere elementi del genere in altre Sedi, di cui riporto quelli *ottennali per aspettativa da infermità* (1912-1919) e quelli del triennio (1917-1919) per altre assenze da malattia precedenti all'aspettativa e che non diedero luogo alla medesima, eccetto per la Sede di Roma, di cui mi mancano i dati.

Il contributo complessivo delle singole Sedi, si basa su personale di ruolo di ambo i sessi e di ciascuno a parte.

Per l'intero personale femminile di ruolo le assenze da malattia, con relativa media individuale, sono anche ripartite tra maritate e nubili.

Pel Compartimento di Firenze presento elementi statistici di morbilità di un periodo ottennale del personale di ruolo e fuori ruolo (avventizio) di ambo i sessi, a titolo di confronto anche annuale.

La media morbigena del sesso maschile e di quello femminile, le di cui conoscenze sono molto scarse, può dare un valore non disprezzabile, trattandosi di un personale molto numeroso ed adibito a mansioni assai svariate.

Il numero complessivo oscilla tra 2663 e 4358 unità lavorative annue, di cui oltre la metà è rappresentata dal sesso femminile.

Gli uomini sono addetti a servizi direttivi ed in sottordine, sia sedentari che ad aria libera; alcuni anche di notte; a mansioni tecniche, amministrative e contabili; vi sono operai verificatori, apparecchiatori e riparatori meccanici ed allievi in officina ed al multiplo, giuntisti, guardafili, fattorini, commessi ed altri agenti di fatica.

La loro età oscilla tra i 21 e i 60 anni, con media tra i 30 ed i 40 anni.

Le donne fanno servizio diurno ed a turno di notte (quelle di commutazione) per lo più sedentario, movimentato e faticoso. Hanno mansioni amministrative, contabili e di datti-

lografe; per la commutazione: direttive, da sorveglianti e telefoniste urbane ed intercomunali, accettazione, personale di fatica.

Il servizio di commutazione si esplica in locali, nei quali, in alcune Sedi, le condizioni igieniche lasciano non poco a desiderare.

Il numero delle unità lavorative a ruolo degli uomini e delle donne (suddivise annualmente in maritate e nubili), che hanno fornito la materia di studio di otto anni (1912-1919) nei vari Compartimenti, sono riportati nella Tavola IV.

Pel Compartimento di Firenze le stesse ricerche di statistica morbigena, cui si è aggiunto a parte quello fuori ruolo, anche diviso per sesso, sono indicate nella Tavola V.

Il personale è ripartito ogni anno e complessivamente per numero:

Anni	Personale di ruolo uomini	Personale di ruolo donne	Personale fuori ruolo uomini	Personale fuori ruolo donne
1912 . . .	62	111	21	61
1913 . . .	66	111	69	98
1914 . . .	105	115	102	112
1915 . . .	127	157	70	82
1916 . . .	127	161	35	87
1917 . . .	148	167	25	94
1918 . . .	149	166	19	94
1919 . . .	148	156	23	162
Unità lavorative ottennali	932	1144	364	790

Il personale maschile e femminile *fuori ruolo* è considerato dal lato amministrativo giornaliero, ma lavora in modo continuativo. Quello a ruolo durante le 90 assenze e qualche volta anche per più tempo, tra malattia e congedo, percepisce l'intero stipendio. Se continua ad essere assente per motivi di salute è messo in aspettativa per infermità; e lo stipendio si riduce di due terzi o di metà, secondo gli anni di servizio prestati, con l'aggiunta dell'intero caro-viveri di guerra.

Questa aspettativa dura al massimo due anni, dopo di che si può essere radiato dai ruoli. Ma succede che aspettative simili si ripetono più volte, dato che basta interromperle col riprendere servizio anche per breve tempo (pochi giorni o mesi), fare altri 90 giorni ad intero stipendio, ecc.

Le telefoniste avventizie e completive percepivano lo stipendio solo per 10 o 15 giorni di malattia, dopo compiuto il primo anno di servizio. Ad esse quindi interessava fare un numero minore di assenze. Il loro congedo annuo di 15 giorni prima, fu poi portato a trenta.

L'arruolamento delle telefoniste tuttora si fa in seguito a rigorosa visita medica. Però sino al maggio 1918 non si eseguiva visita di revisione, e l'impiegata, a tempo determinato dalla legge, passava a ruolo.

Da un anno e mezzo circa, con modifica di regolamento, al personale femminile di nuova assunzione — chiamato ausiliario — spettano solamente, ogni anno, 15 giorni come massimo per malattia e 30 per congedo.

Alla visita medica collegiale di assunzione, di queste ausiliarie, si è aggiunta quella di revisione, dopo un anno di tirocinio (che attualmente, per alcune, si prolunga anche di altri sei mesi), per eliminare quelle che, per le mutate condizioni generali organiche, dimostrassero di non avere la resistenza sufficiente allo speciale servizio, affine di evitare che diano all'Amministrazione uno scarso rendimento e, nello stesso tempo, non si pregiudicasse irreparabilmente la loro salute.

Le prime *tre tavole*, per un periodo triennale (1917-1919), riportano annualmente le assenze da malattia e la media individuale morbigena del personale a ruolo, diviso per sesso in ogni Compartimento, ecc.

La *I tavola* registra numericamente dati statistici sulla morbilità, che non diede luogo all'aspettativa per malattia.

La *II tavola* riferisce solamente sulle cifre delle assenze e media annuale per l'aspettativa.

La *III tavola* dà complessivamente il numero di tutte le assenze da malattia (della I e II tavola) e la media globale morbigena individuale.

La *IV tavola* tratta le unità annuali lavorative divise per sesso, e delle donne, tra maritate e nubili, in otto anni (1912-1919), nei riguardi delle assenze da aspettativa per infermità con media individuale globale per tutte le Sedi.

La *V tavola* comprende solamente il Compartimento di Firenze in un periodo ottennale (1912-1919) e permette un confronto delle assenze annuali e complessive da malattia, con media individuale tra personale di ruolo ed avventizio e per sesso.

Per la materia di studio della prima tavola si nota che la media individuale annuale e triennale delle assenze per malattia è notevolmente aumentata in ogni Sede per le donne in proporzione a quelle degli uomini. Infatti, supera ovunque nel triennio il doppio, poco meno a Firenze ed a Torino, è triplicata a Genova, e sorpassa il quadruplo a Napoli. La media generale morbigena nel triennio, delle sole assenze per malattia precedenti all'aspettativa o che non diedero a questa luogo, è per gli uomini 12.64, per le donne 32.93.

Questa media generale si riferisce ad 8 Compartimenti, escluse le Sedi di Roma, di cui mi mancano i dati.

TAVOLA I. TRIENNIO 1917-1919.

Assenze per malattia (1) e media individuale nel personale di ruolo in ogni Sede dei Telefoni dello Stato e complessivamente.

SEDI	Assenze per malattia 1917 Uomini	1917 Donne	1918 Uomini	1918 Donne	1919 Uomini	1919 Donne		Media individuale morbigena annuale 1917 Uomini	1917 Donne	1918 Uomini	1918 Donne	1919 Uomini	1919 Donne	Media individuale morbigena triennale Uomini	Donne
Dir. Generale Roma	MANCANO I DATI														
Compartimento Roma	MANCANO I DATI														
„ Bologna	1,445	4,389	2,290	5,860	1,646	4,536		13.37	32.02	21.20	44.39	15.10	35.43	16.55	37.2
„ Firenze	1,667	3,955	2,336	3,989	1,798	3,504		11.26	23.68	15.67	24.03	12.14	22.46	13.02	23.39
„ Genova	1,775	7,938	2,359	9,307	2,420	6,680		8.91	35.28	12.28	42.30	12.94	33.06	11.38	36.88
„ Milano	4,054	13,013	4,352	12,501	3,872	11,176		12.82	30.90	13.94	31.89	13.08	29.64	13.28	30.81
„ Napoli	2,719	11,026	2,785	12,846	2,682	10,423		16.18	69.78	16.98	80.28	16.55	66.42	16.57	72.16
„ Palermo	1,604	3,614	1,810	5,469	1,467	3,461		7.78	17.80	8.74	24.97	7.15	14.98	7.89	19.25
„ Torino	1,361	4,771	2,811	6,959	1,937	7,658		6.83	14.37	14.26	21.08	9.78	23.27	10.29	19.57
„ Venezia	652	2,092	1,011	2,261	1,228	3,038		6.79	17.43	15.08	28.62	14.61	26.41	12.16	24.15
Assenze per malattia di 8 Compartimenti.	15,277	50,798	19,754	59,192	17,050	50,481	Media di 8 Compartimenti . .	10.49	30.15	14.77	37.19	12.67	31.46	12.64	32.93

(1) Precedenti all'aspettativa o che per numero non dettero a questa luogo.

La media morbigena nell'anno 1918, nel quale infierì pandemica l'influenza, è superiore in tutte le Sedi sia per gli uomini che per le donne. La morbilità media triennale raggiunge 14.77 per gli uomini e 37.19 per le donne. Nell'anno precedente (1917) si ebbe 10.49 per gli uomini e 30.15 per le donne, mentre nell'anno successivo (1919) la morbilità media individuale fu 12.67 per gli uomini e 31.46 per le donne.

TAVOLA II. TRIENNIO 1917-1919.

Assenze da aspettativa per infermità (1) e media individuale del personale di ruolo in ogni Sede dei Telefoni dello Stato e complessivamente.

SEDI	Assenze da aspettativa per infermità 1917 Uomini	1917 Donne	1918 Uomini	1918 Donne	1919 Uomini	1919 Donne		Media individuale morbigena annuale 1917 Uomini	1917 Donne	1918 Uomini	1918 Donne	1919 Uomini	1919 Donne	Media individuale morbigena triennale (2) Uomini	Donne
Dir. Generale Roma	351	2,617	—	4,120	510	2,653		3.34	24.92	—	35.51	4.21	23.06	2.52	27.83
Compartimento Roma	76	17,849	770	20,824	2,529	20,204		(3)		2.31	39.96	7.80	39.30	5.05	39.63
„ Bologna	349	2,436	44	3,087	725	4,121		3.23	17.78	0.40	23.38	6.65	32.19	3.43	24.45
„ Firenze	495	1,181	—	2,432	76	1,409		3.34	7.07	—	14.65	0.51	9.03	1.28	10.25
„ Genova	—	3,364	—	7,991	858	6,833		—	14.95	—	36.32	4.58	33 82	1.53	28.36
„ Milano	1,263	6,456	883	13,399	730	11,942		3.99	15.33	2.83	34.18	2.46	31.67	3.09	27.06
„ Napoli	—	3,480	—	5,043	166	5,302		—	22.02	—	31.51	1.02	33.77	0.34	29.10
„ Palermo	—	1,769	45	2,588	347	2,837		—	8.71	0.21	11.81	1.69	12.28	0.63	10.93
„ Torino	—	4,142	30	5,756	686	4,411		—	12.47	0.15	17.38	3.46	13.40	1.20	14.42
Venezia	—	526	—	1,998	—	2,864		—	4.88	—	25.29	—	24.90	—	18.36
Assenze da aspettativa da infermità di 10 Compartimenti .	2,534	43 820	1,772	67,238	6,627	62,576	Media nei 10 Compartimenti . .	—	—	0.59	26.99	3.23	25.34	1.97	23.84

(1) Escluse le assenze da malattia precedenti all'aspettativa o che per numero non dettero a questa luogo.
(2) Pel Compartimento di Roma è di due anni.
(3) Non si conoscono le unità dell'anno in [illegible]

Nella II tavola, che riporta le assenze per aspettativa da infermità, mancano le unità lavorative dell'anno 1917 pel Compartimento di Roma, il quale eccelle nella media morbigena individuale del biennio successivo, dando gli uomini 5.05 e le donne 39.63. Nel triennio le altre Sedi oscillano tra 10.25 e 29.10 per le donne e tra 0 e 3.43 per gli uomini.

Per gli uomini la media individuale del triennio, in base ai dati raccolti, è di 1.97; per le donne 23.84.

Nell'anno 1917, non conoscendosi le unità annuali in assegno del Compartimento di Roma, non è stato possibile ottenere la media complessiva individuale in merito alle note assenze. Questa però nell'anno 1918 è 0.59 per gli uomini e 26.99 per le donne; nell'anno 1919 risulta 3.23 per i primi e 25.34 per le altre.

Nella III tavola sono conglobati i risultati singoli per Sede e generali delle due precedenti tavole, cioè di *tutte* le assenze. Non sono però riportati quelli della Direzione Generale e del Compartimento di Roma, non essendomi noti i dati statistici (Vedi I tavola) e per aspettative, essendo incompleti quelli dell'anno 1917 (Vedi II tavola).

Le medie generali si basano quindi su otto Sedi (escluse quelle di Roma, il di cui Compartimento supera per media morbigena tutti gli altri).

La media triennale degli uomini è 14.08, quella delle donne è 53.30. Il Compartimento di Napoli, pel personale femminile, dà una media individuale del triennio sulle assenze conglobali di malattia 101.26; segue Genova con 65.24; Bologna 61.73; Milano 57.87; Venezia 42.51; Torino 33.99; Firenze 33.64; Palermo 30.18.

Pel personale maschile è Bologna che con 19.98 dà una media nel triennio superiore alle altre Sedi. Segue Napoli con 16.91; Milano 16.37; Firenze 14.30; Genova 12.91; Venezia 12.16; Torino 11.49; Palermo 8.52.

Per la pandemia influenzale, l'anno 1918, come già si è notato, dà nel personale femminile maggiore media individuale morbigena nei singoli Compartimenti.

Negli uomini non è possibile fare un serio confronto poichè le medie, nell'anno 1918 e nel successivo, comprendono un numero superiore per alcuni militari congedati ritornati malati, e che non ripresero servizio civile.

Degli elementi statistici ottenuti dalla IV tavola — di cui i tre anni ultimi sono riportati (per Sede e conglobati) nella II tavola — si nota, in base alle unità di lavoro, un aumento progressivo annuale di esse in ambo i sessi. È rimarchevole il maggior numero delle donne maritate in ogni anno: nell'anno 1912 erano

TAVOLA III. TRIENNIO 1917-1919.

Assenze globali per malattia e per aspettativa da infermità (1) e media individuale del personale di ruolo in ogni Sede dei Telefoni dello Stato e complessivamente.

SEDI	Assenze globali per malattia e per aspettativa da infermità							Media individuale morbigena annuale						Media individuale morbigena triennale	
	1917		1918		1919			1917		1918		1919			
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne		Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Dir. Generale Roma / Compartimento Roma	NON SI RIPORTANO I DATI PERCHÈ INCOMPLETI														
„ Bologna	1,794	6,825	2,334	8,947	2,371	8.657		16.60	49.80	21.60	67.77	21.75	67.62	19.98	61.73
„ Firenze	2.162	5,136	2,336	6,421	1,874	4,913		14.60	30.75	15.67	38.68	12.65	31.49	14.30	33.64
„ Genova	1,775	11,302	2,359	17,298	3,278	13,513		8.91	50 23	12.28	78.62	17.52	66.88	12.91	65.24
„ Milano	5,317	19,469	5.235	25,900	4,602	23,118		16.81	46.23	16.77	66.07	15.54	61.31	16.37	57.87
„ Napoli	2,719	14,506	2,785	17,889	2,848	15,730		16.18	91.80	16.98	111.79	17.57	100.19	16.91	101.26
„ Palermo	1,604	5,383	1,855	8,057	1,814	6,298		7.78	26.51	8.95	36.78	8.84	27.26	8.52	30.18
„ Torino	1,361	8,913	2,841	12,715	2,623	12,069		6.83	26.84	14.41	38.46	13.24	36.67	11.49	33.99
„ Venezia	652	2,618	1,011	4,259	1,228	5,902		6.79	22.31	15.08	53.91	14.61	51.31	12.16	42.51
Assenze globali di 8 Compartimenti. . .	17,384	74,152	20,756	101486	20,638	90,200	Media negli 8 Compartimenti	11.81	43.05	15.21	61.50	15.21	55.34	14.08	53.30

(1) Riporta la somma delle assenze delle Tavole I e II.

110 e nel 1919 raggiungevano 557. E le assenze per malattia, con la media morbigena annuale tra maritate e nubili, supera anche la proporzione delle unità indicate per le maritate, specialmente negli ultimi tre anni, che è stata eccessivamente ascensionale.

Infatti la media individuale morbigena per la sola aspettativa da infermità delle maritate nell'anno 1912 risulta 20.48; oscilla nel quinquennio successivo tra 29.29 e 41.86; nell'anno 1918 è di 64.23; nell'anno 1919 dà 64.76. La media ottennale morbigena delle coniugate è 49.19.

In proporzione le donne nubili dànno una media morbigena di aspettativa da infermità bassissima poichè, per lo stesso periodo ottennale, è 10.44. Ma anche in questa categoria nubili si è avuto un aumento progressivo, dato che la media morbigena dell'anno 1912 fu 2.95; nel quinquennio successivo, aumentando quasi annualmente, raggiunge il massimo nell'anno 1918 con 19.47 e scese nel 1919 a 15.93.

Per gli uomini il numero delle aspettative complessive da infermità in tutte le Sedi non è affatto rimarchevole. La media ottennale individuale dà 1.40 ed oscilla poi nei vari anni tra 0.81 e 1.68, raggiungendo solamente nell'anno 1918, la media di 3.09.

Nella V tavola le ricerche *ottennali* nel Compartimento di Firenze danno quale coefficiente di media morbigena complessiva pel personale *maschile* a ruolo 11.55, per quello fuori ruolo 9.25.

È accentuatissima però la proporzione media morbigena individuale nel personale *femminile* di ruolo con 32.84 in confronto di quello fuori ruolo che è 13.67.

Nella media individuale morbigena in ciascun anno se negli uomini si riscontra nel primo e terzo anno (1912-1914) quasi il doppio negli avventizi e nel 1913 e 1914 frazioni di unità, superiore nel personale di ruolo, nell'ultimo quadriennio, nei singoli anni, è in questi maggiore di varie unità.

Nel personale femminile è rimarchevolissima la differenza annuale, tanto che le donne a ruolo superano in alcuni anni la media morbigena della metà ed anche dei due terzi di quelle avventizie (fuori ruolo).

TAVOLA IV. OTTENNIO 1912-1919.

Assenze annuali ed ottennali per aspettativa da infermità e media individuale morbigena del personale di ruolo, diviso tra uomini, donne maritate e nubili, in tutte le Sedi dei Telefoni dello Stato.

ANNI	Unità annuali di lavoro			Assenze				Media individuale morbigena		
	Uomini	Donne		Uomini	Donne			Uomini	Donne	
		maritate	nubili		maritate	nubili			maritate	nubili
1912	1,066	110	1,547	869	2,253	4,568		0.81	20.48	2.95
1913	1,320	146	1,492	2,218	4,286	7,269		1.68	29.35	4.87
1914	1,320	212	1,344	1,819	8,407	12,464		1.37	39.65	9.27
1915	1,623	275	1,752	1,691	8,772	12,574		1.04	31.89	7.17
1916	1,855	390	1,757	2,186	11,426	17,824		1.17	29.29	10.14
1917	1,997	445	1,834	2,534	18,628	25,192		1.26	41.86	13.73
1918	2,159	518	1,744	1,772	33,274	33,964		0.82	64.23	19.47
1919	2,138	557	1,663	6,627	36,075	26,501		3.09	64.76	15.93
Elementi complessivi ottennali	13,478	2,653	13,133	19,716	123,121	140,356	Media individuale ottennale . . .	1.40	49.19	10.44

La durata globale media individuale delle assenze per malattia nel personale telefonico, durante il triennio, è per gli uomini 14.08 e per le donne 53.30.

Il coefficiente di morbilità *maschile*, ammesso 6 dalla Commissione Ministeriale, in rapporto ad elementi di Statistica straniera, verrebbe col nostro studio, che si basa su una media di oltre 2000 unità lavorative annuali, più che a raddoppiarsi (con 14.08).

Il coefficiente 8 di morbilità *femminile* della stessa Commissione, in relazione ai nostri elementi di statistica, che abbiamo desunti su

TAVOLA V. OTTENNIO 1912-1919.

Assenze per malattia e media individuale annuale ed ottennale (1912-1919) del personale di ruolo ed avventizio, diviso per sesso, nel Compartimento di Firenze.

ANNI	Assenze per malattia					Media individuale morbigena			
	Personale di ruolo		Personale fuori ruolo			Personale di ruolo		Personale fuori ruolo	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne		Uomini	Donne	Uomini	Donne
1912	326	2,578	199	610		5.25	23.22	11.33	10.45
1913	670	4,266	296	1,185		10.15	38.43	9.36	15 09
1914	558	3,745	857	1,019		5.31	32.26	10.42	9.87
1915	1,526	4,762	681	973		12.01	30.35	11.77	11.75
1916	2,128	6,040	239	829		16.75	37.56	7.96	11.51
1917	2,162	5,136	139	1,249		14.60	30.75	8.52	14.38
1918	2,336	6,421	100	2,100		15.67	38.68	6.82	22.30
1919	1,874	4,913	140	921		12.66	31.49	7.82	14.05
Elementi complessivi ottennali	11,580	37,861	2,651	8,886	Media individuale ottennale . . .	11.55	32.84	9.25	13.67

una media di circa 2250 unità lavorative, in egual periodo, sarebbe più che sestuplicato (con 53.30).

Bisogna però subito rilevare, per quest'ultima cifra, che molti fattori hanno contribuito a rendere eccessivo nel complesso tale coefficiente medio annuale di morbilità nel nostro personale femminile.

La prima causa è da ricercarsi nelle diverse condizioni famigliari tra *maritate* e *nubili*.

Nella tavola IV si osserva che nelle maritate la media per la *sola* aspettativa da infermità in un *ottennio* è circa *cinque* volte maggiore in proporzione della media nelle *nubili* (49.19 nelle une, 10.44 nelle seconde), e la proporzione della media morbigena generale annuale non varia tra le une e le altre, come neanche esiste rimarchevole differenza nelle assenze da malattia, che però non diedero luogo all'indicata aspettativa.

Inoltre, osservando i risultati di media morbigena, sia triennali che annuali, riportati nella tavola III, notiamo nel personale *femminile* di ciascuna Sede una oscillazione numerica accentuatissima nella maggioranza dei Compartimenti. Si è perciò indotti a formare quattro *gruppi* tra le varie Sedi, in ciascuno dei quali entrano uno o più Compartimenti. La media morbigena si differenzia di poche unità in ciascun gruppo, ma riesce imponente tra il 1° ed il 4° gruppo, ed è molto sensibile tra gli altri.

Nel 1° gruppo si trova il Compartimento di Napoli con *101.20*, media morbigena individuale triennale (e per ciascun anno: 91.80; 111.79; 100.19). Il Compartimento di Roma, per quanto è stato già notato, fa parte di questo gruppo e forse con numero anche maggiore di unità globali di media morbigena.

Nel secondo gruppo — che si differenzia dal primo tra 35 e 44 unità morbigene — si trova Genova con 65.24; Bologna 61.73; Milano 57.87 (per anno l'un Compartimento: 50.23; 78.62; 66.88; l'altro: 49.80; 66.77; 67.72; il terzo: 46.23; 66.07; 61.31).

Nel terzo gruppo — la differenza dal secondo è tra 15 e 23 unità morbigene — si ha Venezia con 42.51 (e per ogni anno: 22.31; 53.91; 51.31).

Nel quarto gruppo — che differenzia dal precedente tra 9 e 12 unità morbigene — prendono parte Palermo con 30.18; Firenze 33.64; Torino 33,99 (e pel 1° Compartimento annualmente: 26.51; 36.78; 27.26; pel 2° Compartimento: 30.75; 38.78; 31.49; pel 3° Compartimento: 26.84; 38.46; 36.67).

E si noti anche che le unità *lavorative femminili annuali* in assegno nei diversi Compartimenti non sono in proporzione numerica con la media morbigena delle Sedi indicate nei gruppi.

Infatti il maggior numero medio annuale a ruolo in assegno nel triennio è dato dal Compartimento di Roma con 500 unità lavorative, segue Milano con 400, Torino 330, Palermo e

Genova ciascuna 215; Firenze 163, Napoli 155, Bologna 132, Venezia 105.

Nè vi sono tra dette Sedi rimarchevoli cause intrinseche di servizio speciali o di ambienti di lavoro o da altre circostanze locali, ecc., che avessero potuto influire in merito alle constatazioni fatte, sulla media morbigena superiore in un Compartimento più che nell'altro, e viceversa.

Ma nemmeno si riscontra una certa relazione di media maggiore morbigena tra una Sede, in cui è notorio un più gravoso lavoro del personale femminile di commutazione, che in altra, in cui il servizio è meno intenso, ecc.

Infatti a Milano, Roma, Genova detto servizio riesce più faticoso che a Napoli, Venezia, Bologna, nè in queste tre ultime Sedi il lavoro di commutazione è superiore a quello di Torino, Firenze e Palermo.

Ebbene, sono i Compartimenti di Napoli e Roma che eccellono sulla media morbigena su tutti gli altri; Milano, laboriosissima, è l'ultima nel 2° gruppo, inferiore nella media individuale morbigena anche a Bologna.

Oltre quindi ad ammettere, quale coefficiente di maggiore morbilità, quello sulle condizioni famigliari constatato nelle maritate, esistono altre cause, pure importanti.

Senza dubbio riesce ad aumentare la media morbigena l'inefficace e deficiente sorveglianza medico-ispettiva, sia dal lato igiènico del lavoro, che per inadeguato controllo sul personale datosi ammalato o che trovavasi in aspettativa per infermità.

Il servizio sanitario nei Telefoni, che non ha un medico capo, si esplica in Sedi di Compartimenti, eccetto per Bologna, da un Ispettore sanitario con uno o più medici fiduciari pagati a visita, che lo suppliscono, ed in Sedi minori solo da questi ultimi. Il servizio degli uni e degli altri è sollamente per visite medico-fiscali, ma avviene però spesso che, per ragione di economia, non si eseguono le necessarie visite di controllo a malati fuori Comune e spesso nemmeno nelle Sedi, quando si debba valersi dei medici fiduciari. Infatti in molti casi l'Amministrazione si contenta del certificato del medico curante, che viene rimesso dal personale malato, e lo stesso procedimento può fare trimestralmente chi trovasi in aspettativa per infermità. Ed è così che il controllo sanitario manca od è inadeguato.

Questo nulla importerebbe quando si potesse fare assegnamento sulla perfetta correttezza nei lavoratori. Ma purtroppo in ogni classe si riscontrano, in questo campo, simulazioni, scorrettezze e speculazioni indecorose.

L'ultraventenne esperienza nell'ambito della legge sugli infortuni ne informi!

Un'altra causa importante che influisce sul numero di assenze per malattia è rappresentata dal fattore economico.

Infatti l'esperienza eseguita in varie categorie di impiegati e lavoratori ha provato che quando qualcuno, assentandosi dall'ufficio, perde l'indennità giornaliera, è interessato, in caso di malattia, a limitare le assenze allo stretto necessario. In tal caso l'interesse dell'individuo collima coll'interesse dell'Azienda.

Ma quando l'individuo continua a percepire durante le assenze l'intera paga, o quanto meno una congrua indennità, viene a mancare per lui l'interesse ad una sollecita ripresa del lavoro, ed anzi un sentimento egoistico può spingerlo a prolungare le assenze oltre il necessario. Questo si verifica in special modo nelle donne, le quali approfittano dell'occasione anche per dedicarsi per alcuni giorni (nei casi di aspettativa anche di mesi) alle faccende domestiche.

La prova di quanto si afferma si trova nel fatto che in tutte le classi e categorie il personale di ruolo, o comunque beneficato da un trattamento speciale in caso di malattia, dà una media di assenze per malattia notevolmente superiore a quella del personale avventizio, privo o quasi di qualsiasi benefizio economico per malattia.

Ciò dimostrano appunto i dati registrati sulla V tavola nei riguardi della media individuale morbigena del Compartimento di Firenze, le di cui assenze per malattia sono ripartite annualmente, sia per sesso che per categoria, tra personale in ruolo e fuori ruolo (avventizio).

Dal complesso delle considerazioni si può dedurre: la media individuale morbigena globale del personale maschile a ruolo, di 14.08 in tutte le Sedi per un triennio, è stata in quella di Firenze, per un periodo ottennale, di 11.55, e per egual periodo nel personale fuori ruolo di 9.25. Si potrebbe quindi ritenere, a titolo di buon coefficiente medio individuale morbigeno unitario, la media delle tre indicate cifre, che è 13.60.

Per le donne, procedendo nella stessa valutazione, si dovrebbe ottenere una media tra 53.30, 32,84 e 13.67, che dà un coefficiente unitario morbigeno di 33.27.

Questa media individuale morbigena femminile può essere suscettibile di diminuzione, con una sorveglianza igienico-sanitaria completa, per cui non credo si possa errare riducendola ancora di un terzo.

I coefficienti quindi di media morbigena nostrale, in base a quelli del mio modesto studio, potrebbero essere rispettivamente per gli uomini 13.60 e per le donne 22.18, con una media d'ambo i sessi di 17.89, e cioè *due volte e mezzo* superiore al coefficiente unitario 7 della Commissione Ministeriale.

La diaria giornaliera non potrebbe essere inferiore a L. 10, e cioè a L. 178.90 per individuo annualmente, che moltiplicata per 30,000,000, darebbe l'enorme cifra di 536,700,000,000.

Un altro insegnamento che emerge dai dati raccolti in questa mia breve relazione, e che dovrebbe essere tenuto presente nella compilazione della tanto attesa legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie, è quello relativo ai gravi danni finanziari e di servizio che si verificano, se il controllo medico non si compie esattamente con unicità d'indirizzo, e specialmente quando sia affidato allo stesso medico curante.

Le funzioni ispettive fiscali debbono essere distinte da quelle curative. Il controllo non può essere serio ed efficace quando è fatto per l'Istituto assicuratore dallo stesso medico curante, che dovrebbe godere anche la fiducia del suo cliente.

« La figura del medico fiscale ed insieme cu-« rante è un ibridismo », scrive Pangloss nel fascicolo 48 della Sezione pratica del *Policlinico*, anno 1920, ed aggiunge:

« Non è possibile che goda della fiducia « schietta ed illimitata del proprio cliente quel « medico che deve nei confronti dello stesso « cliente essere oculato, perchè questi non ten-« ti l'abuso.

« Le due funzioni, la fiscale e la curativa, « non possono essere esplicate dallo stesso me-« dico senza scapito dell'uno o dell'altro. Il « cliente si troverebbe in confronto del medico « in istato di difesa, il medico in quella di so-« spetto: due stati d'animo che turbano il reci-« proco rapporto di fiducia e di confidenza che « deve sempre intercorrere tra medico e cliente. « Se il medico attende solo alla cura, senza « preoccuparsi della sua funzione fiscale, non « provvede agli interessi dell'Istituto assicura-« tore, se invece le occupazioni fiscali prendono « il sopravvento rischia di danneggiare la sa-« lute dell'assicurato ».

Gennaio 1921.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE D'IMOLA.
Sezione Chirurgica
diretta dal prof. F. D'AGOSTINO.

Ascesso periappendicolare consecutivo a riduzione di ernia inguinale destra, con infiammazione del sacco

per il dott. AURELIO ANGELI, assistente.

Non so se possa destare qualche interesse una nota, sia pur breve, che tratti di forme morbose già tanto studiate e tanto completamente descritte quali l'ernia e l'appendicite; però, essendo capitato alla mia personale osservazione un caso di ernia inguinale destra, con infiammazione del sacco, la quale, dopo essere stata ridotta, ha dato un ascesso periappendicolare di cui sembra potersi stabilire con certezza la diretta dipendenza causale dalla primitiva affezione, ho creduto di fare cosa non del tutto inutile riunendo e pubblicando la storia clinica del paziente da me osservato, con alcune considerazioni emergenti dal caso.

Il giorno 16 di gennaio 1921 veniva trasportato nella nostra Sezione tal Trafogli Pasquale, di anni 55, da Imola, bracciante, con diagnosi di ernia strozzata. La storia anamnestica, scritta in base a domande, per quanto era possibile accurate, è la seguente:

Figlio di ignoti, fin dall'età di sei anni fu adottato da una famiglia di contadini e visse con questa, facendo la vita dei campi.

Sposò a 26 anni una donna sana, dalla quale ebbe quattro figli di cui tre morirono in tenera età di malattie acute; una sola figlia è tutt'ora vivente e sana; la moglie morì di febbre puerperale, dopo l'ultima gravidanza. Il nostro paziente, che continuò sempre ad occuparsi nei lavori di campagna facendo il bracciante, non ebbe mai malattie degne di nota; all'età di 22 anni si fratturò la gamba sinistra cadendo da un carro e perciò dovette tenere il letto in ospedale per 60 giorni, uscendone poi completamente ristabilito.

Non ha mai sofferto disturbi che potessero dargli l'impressione di avere un tumore erniario nella sua giovinezza e dopo; la sua memoria (che sembra ben conservata, per quanto l'intelligenza sia molto primitiva e la sua psiche quasi infantile) fa risalire a soli cinque o sei mesi, prima del suo ingresso in ospedale, il ricordo di una tumefazione alla regione inguinale destra. Tale tumefazione, che era perfettamente indolente, non impediva al paziente di adempiere ai suoi lavori benchè, durante questi, si facesse più evidente e più grossa, fino a raggiungere il volume di un pugno d'uomo, scendendo ad occupare l'emiscroto del lato corrispondente.

Il paziente ne otteneva facilmente la riduzione mettendosi in decubito supino, con le coscie flesse sul bacino e aiutandosi spesso con una lieve compressione manuale. In questi ultimi tempi ha però notato una difficoltà insolita nelle operazioni di riduzione del tumore che, in luogo di conservarsi facile e indolente,

avveniva invece solo dopo lunghe prove, seguite spesso da forti dolori addominali.

La difficoltà nella manovra di riduzione è andata poi ogni giorno aumentando tanto che, da due settimane a questa parte, non è stato più possibile al nostro paziente di ottenerla altro che molto lentamente durante la notte e, a quanto sembra, non in totalità, poichè ha potuto osservare che lo scroto non si riduceva fino al volume normale, ma restava piuttosto grosso per quanto di consistenza molliccia.

Tre giorni fa sono incominciati dolori vivi, sorti acutamente in corrispondenza del tumore erniario e irradiantisi a tutti i quadranti addominali; dolori che costrinsero in letto il paziente con vomito abbondante insorto due volte nella giornata; vomito che si ripetè, per quanto meno abbondante, nella giornata successiva, unito a conati frequenti e a singhiozzi; i dolori però si erano un poco attenuati anche perchè, per quanto con molta fatica, era stata possibile al paziente una scarsa emissione di gas dal retto. Da ieri l'alvo è completamente chiuso e continuano i conati di vomito e il singhiozzo con emissione di scarso liquido scuro. In questi tre ultimi giorni l'ernia non si è ridotta minimamente.

Al momento del suo ingresso lo stato del nostro ammalato è grave, ma non allarmante: un rapido esame generale degli organi non fa rilevare dati interessanti degni di essere riferiti; esso giace sul carrello in decubito supino tenendo le coscie flesse sul bacino, volto sofferente, pallido come tutta la superficie cutanea; il polso è frequente e debole benchè non aritmico. Un tremito scuote spesso il corpo del giacente che di tratto in tratto si lagna per un esacerbarsi improvviso dei dolori e tende a portare le mani sul basso addome. Quivi la regione inguino-scrotale destra è occupata da una tumefazione oblunga, del volume di una testa di feto a termine; su di essa la cute è spostabile e di colorito scuro. Le mani abbracciano comodamente tutto il tumore che si rileva così di consistenza molliccia, elastica e alla palpazione dolente; non modificabile di volume alla compressione lenta e prolungata, non fa percepire in corrispondenza della sua base segni di cingolo strozzante e una leggera compressione esercitata dalla mano che abbraccia il fondo del tumore, provoca un rumore di gorgoglio, senza dare la senzazione di anse che sfuggano per rientrare nel cavo addominale, dimostrando invece con evidenza la perfetta irriducibilità del contenuto erniario.

Che il tumore in questione sia costituito da un ernia viscerale è fuori dubbio: i precedenti anamnestici, i disturbi accusati dal paziente, l'insorgere degli ultimi fatti che ne hanno aggravato le condizioni e il rapido esame praticato sono dati sufficienti per non lasciare adito a dubbi di sorta su ciò. Quanto alla causa determinante la impossibilità della riduzione nel cavo addominale; lasciando da parte quelle eventualità che senz'altro sembrano potersi scartare nel caso nostro, come i casi di irreducibilità per eccessivo volume dell'ernia in totalità o in una delle sue parti, per stasi fecale determinata da paralisi dell'attività peristaltica o da disturbi digestivi, e venendo alle principali e più probabili evenienze; per primo veniva fatto di ammettere come meno probabile lo strozzamento poichè non si era in presenza di uno dei ben noti tumori tesi e induriti tanto da non essere modificabili per forma e per volume e da non permettere altro che difficilmente di essere abbracciati alla loro base, come si fa nelle manovre di Taxis.

Più difficile da escludersi era la possibilità di un'ernia cieco-colica da scivolamento, irriducibile a causa delle aderenze naturali col sacco, anche perchè tale eventualità poteva benissimo essere concomitante a un processo infiammatorio del sacco stesso e delle anse erniate. Se non che, non volendo trascurare i dati forniti dalle statistiche sulla relativa rarità di tale reperto, (che io ebbi campo di osservare una sol volta in questa stessa Sezione) e d'altra parte pensando che la irriducibilità dell'ernia stessa, come lo stesso paziente ci aveva affermato, datava solo da circa dieci o dodici giorni prima del suo ingresso in ospedale, mentre che in precedenza gli era sempre riuscito assai facile di far rientrare il contenuto erniario nella cavità dominale; naturalmente si era tratti nella convinzione di essere in presenza di un'ernia inguino-scrotale con infiammazione del sacco erniario e irriducibile per aderenze infiammatorie contratte dalle anse intestinali con la parete del sacco stesso.

L'atto operativo venne da me eseguito di urgenza previa iniezione sotto cutanea di M.A.S.S. (Zambelletti) per anestesia generale. Preparato convenientemente il campo operatorio asettico, si conduce l'incisione classica dell'ernia inguinale, prolungando un poco il taglio sullo scroto; diviso il cellulare sottocutaneo e allacciati i vasi sanguinanti, viene messa bene in evidenza l'aponeurosi del grande obliquo che si incide aprendo così la parete anteriore del canale inguinale. Procedendo, viene aperto il guscio cremasterico che, essendo in uno stato di lieve iperemia, ha contratto aderenze con gli strati sottostanti, e in tal modo si mettono allo scoperto gli elementi del funicolo e il sacco peritoneale che è voluminoso e ripieno di anse palpabili dall'esterno.

Con forbici si incide cautamente la parete del sacco stesso, prolungando poi l'incisione verso la sua base e constatando in tal modo che non esistono strozzamenti da parte della porta d'ernia la quale anzi lascia con facilità rientrare nella cavità dell'addome il tratto di tenue che trovasi vicino ad essa. Ridotta in tal modo la parte riducibile del tratto di intestino erniato, il sacco resta ancora occupato da un'ansa che ha contratto con la sua parete aderenze tenaci le quali si staccano cautamente e con non poche difficoltà, per riuscire a ledere il meno possibile la parete dell'ansa stessa. Lentamente adunque si libera in tal modo un'ansa digiunale per un tratto di circa 30 cen-

timetri, iperemica e colla superficie lievemente ricoperta di scarso essudato siero-fibrinoso; ansa che però non appare in alcun punto necrosata o perforata, vitale e ben sanguificata, pervia ai gas che subito la distendono passando in essa dal tratto di ansa sana cui essa è seguito. L'ansa così liberata, certa del suo stato di pervietà e integrità, viene ridotta nell'addome e il sacco, libero dagli elementi, viene esciso alla sua base, previa allacciatura. L'operazione si completa chiudendo l'addome con una plastica alla Bassini.

Decorso post-operatorio. — Il paziente, sostenuto con iniezioni di canfora, migliora notevolmente dopo l'atto operativo; i gas vengono emessi liberamente e in terza giornata emette anche una certa quantità di feci, l'addome non è dolente, lo stato generale buono. Persiste però la febbre che si aggira sui 38°, elevandosi qualche volta nel pomeriggio fino ai 38° e 6 decimi con remissioni mattutine fino ai 37°. Tale andamento della temperatura, che si unisce a polso abbastanza valido e frequente, persiste dal 16 al 21 gennaio; poi lentamente la temperatura si fa normale persistendo tale dal 25 al 30 gennaio. Il 31 gennaio si ha nuovamente un piccolo rialzo termico, unito a dolori addominali forti, meglio localizzabili alla regione pre-appendicolare, con lieve meteorismo. I dolori si calmano cogli oppiacei, l'alvo si vuota con qualche difficoltà coi clisteri, le condizioni del paziente sembrano migliorare se non chè il 3 febbraio lo coglie improvvisamente un brivido di freddo con febbre alta e dolore alla fossa iliaca destra. Questo stato di cose però anche questa volta non sembra essere persistente e il nostro ammalato tira avanti, beneficiato da qualche clistere e iniezione di endoipofisina ancora per vari giorni; se non che ben presto ricomincia la febbre, l'alvo si chiude, compare il vomito; l'addome diventa meteorico e la dolorabilità si localizza alla fossa iliaca destra, dove incomincia a delinearsi una lieve bozza dolentissima alla palpazione a superficie lievemente iperemica con suono ottuso. La ferita operatoria intanto si è perfettamente chiusa per prima.

Secondo atto operativo. — Previa iniezione sottocutanea di H. M. C. (Abbott.) per anestesia generale (praticata due ore prima) il paziente viene ricondotto sul tavolo operatorio: incisione pararettale, come per la ricerca dell'appendice, in corrispondenza della bozza descritta. Inciso il cellulare e il piano muscolo-aponeurotico, giungo al peritoneo parietale che trovo infiltrato, ispessito; apertolo cautamente per via ottusa, penetro in una cavità ascessuale dalla quale fuoriesce in abbondanza pus bianco sporco, denso che ha odore di coli. Penetrando poi col dito entro la cavità si può constatare che la raccolta è localizzata fra la parete addominale, il cieco e la prima porzione di colon ascendente ed è ben delimitata da salde aderenze peritoneali; non si riesce a palpare l'appendice, nè il pus che fuoriesce contiene brandelli di quest'organo, nè concrezioni fecali nè gas.

Con l'atto operativo mi limito adunque a svuotare l'ascesso periappendicolare e a drenarlo con garza iodoformica.

L'esame miscroscopico del pus, colorato al bleu di Löffler, fa osservare numerosissimi cocchi disposti a coppie, a tetradi e a catene più un numero considerevole di colibacilli.

Decorso post-operativo. — Il paziente migliora questa volta rapidamente: scomparso il vomito, scomparsi i dolori addominali, l'alvo ritorna pervio ai gas e alle feci, la temperatura si abbassa rapidamente e presto si ha apiressia che si mantiene, fin dalla terza giornata, costante, unendosi a polso, valido, ritmico.

Si fanno in seguito rade medicature finchè il 27 febbraio vien tolto il drenaggio. La ferita ha tendenza alla granulazione e si cicatrizza, chiudendosi perfettamente dopo una diecina di giorni. Il paziente intanto ha migliorato notevolmente il suo stato generale e si è potuto quindi dimettere guarito il 19 marzo.

Non è il caso di insistere sul modo di insorgere di un ascesso peritiflitico, poichè si sa che esso trae la sua origine da una infiammazione primitiva del processo vermiforme. L'antica concezione, che riconosceva la sede prima del processo infiammatorio nel cieco, è già da tempo lasciata da parte, poichè il grande numero di interventi precoci ha dimostrato che nella gran maggioranza dei casi è proprio nell'appendice che deve vedersi la sede di origine del processo infiammatorio. E con ciò si è fatto giustizia sommaria delle denominazioni di *tiflite*, o infiammazione limitata al cieco (Albers 1838), di *paratiflite* o infiammazione del cellulare pericecale che dava capo a raccolte purulente della fossa iliaca; di *peritiflite* o infiammazione del peritoneo vicino (Menière-Grisolle dopo il 1800) intese come forme morbose primitive. Le memorie dell'americano Reginal Fitz su 257 casi, di appendicite perforante (1886) e di Mac Burney che propone il termine di *appendicite* (1889) mettono in giusta luce la nozione delle lesioni iniziali appendicolari, e sono poi convalidate dalle osservazioni di moltissimi europei (Trèves, Talamon, Dieulafoy, Quénu, Sonnenburg, Kelly ed altri) fra i quali Cordero che su 20,000 necroscopie da lui consultate nei gabinetti di Anatomia Patologica di Parma e di Bologna, non può notificare neanche un caso di tiflite primitiva.

L'appendicite è data da un'infezione primitiva della mucosa e del tessuto adenoide sottomucoso del processo vermicolare, rappresentato da uno strato retiforme ricco di follicoli linfatici che rispondono alla causa infiammatoria (Quénu, Pilliet e Costes, Siredey e Leroy, Letulle) insieme al sistema linfatico dell'intero organo (Letulle e Woimberg). A seconda delle varie tappe di tale processo si possono distinguere l'appendicite parietale (Talamon), l'appendicite suppurata, la gangrena, forme tutte seguite da una reazione più o meno accentuata del peritoneo, dalla semplice iperemia e dalle aderenze con formazione di

essudato di natura diversa (da quello siero-fibrinoso a quello purulento) fino alla peritonite generalizzata. L'infezione, che può anche avvenire per via ematica nel corso di una gastrite, di un'angina, ecc., è il più spesso di origine intestinale. Per spiegare come questa infezione trovi nell'appendice il terreno favorevole per l'impianto primitivo in essa, si è pensato a corpi estranei, rappresentati specialmente da coproliti; ma in verità (Talamon) tali cause meccaniche non sono che ausiliarie all'infezione che è invece la causa essenziale, e possono sopratutto influire quando occludano meccanicamente l'appendice, in modo da trasformarla in una *cavità* chiusa favorendo lo sviluppo dei germi secondo quanto scrisse Dieulafoy che riconobbe nell'appendicite «... la conseguenza della trasformazione di una parte del canale appendicolare in una cavità chiusa, nella quale si elabora un focolaio d'infezione e d'intossicazione, dovute all'esaltata virulenza dei microbi imprigionati».

Senonchè tutti i Chirurgi hanno potuto constatare che il più delle volte l'infiammazione si ha in appendici perfettamente permeabili; e il frequente localizzarsi dell'infezione in questo organo è dovuto sopratutto all'abbondante suo tessuto linfoide che rappresenta l'ottimo terreno di cultura per i germi che in numero maggiore si trovano, allo stato di attenuazione, nel liquido di secrezione ristagnante nello stretto lume appendicolare; l'esaltarsi di queste culture è certo favorito da molteplici cause quali possono essere la tensione che si stabilisce nell'organo obliterato, i traumi, i calcoli, i corpi estranei e, come nel caso qui preso in esame, il *passaggio di germi già per loro stessi virulentati, provenienti da un altro punto del canale intestinale.*

Sulle cause che più specialmente hanno valore nella produzione degli stati infiammatori del peritoneo, è interessante vedere una molto chiara esposizione del prof. D'Agostino, nel suo lavoro «Considerazioni su tre casi di occlusione da accidenti erniari» (*Rivista Veneta di Scienze Mediche,* anno XXIX, fasc. X, 30 maggio 1912) nel quale è anche preso in esame il caso in cui un'ansa infiammata ridotta porti nella grande cavità le note dell'infiammazione acuta dando di conseguenza una peritonite reattiva circoscritta o generalizzata che riconoscerebbe quindi come momento causale una diffusione o trasmissione diretta del processo dal peritoneo viscerale delle anse ridotte. Ma nel nostro caso, come ho già dimostrato, le cose sono avvenute assai diversamente, e, ricapitolando l'insieme dei fenomeni che si sono potuti osservare, dovremo ammettere che il paziente, già da tempo affetto da ernia inguino-scrotale voluminosa, sia col continuo e arduo lavoro dei campi che con le frequenti manovre di riduzione, abbia determinato quell'insieme di cause meccaniche alle quali le pareti delle anse intestinali erniate e del sacco peritoneale hanno risposto coll'infiammazione. Tale processo infiammatorio non era andato oltre ai fenomeni ematogeni di iperemia, emigrazione dei leucociti e diapedesi con consecutiva formazione di essudato siero-fibrinoso e ai fenomeni istogeni interessanti il foglietto parietale e quello viscerale della sierosa peritoneale che avevano così determinato le aderenze e le briglie per le quali un tratto di ansa del digiuno, lunga circa 30 centimetri, era rimasto incarcerato e compresso entro il sacco. Le briglie e le aderenze, l'infiltrazione delle pareti, gli inginocchiamenti hanno poi determinato il ristagno e la consecutiva virulentazione dei microrganismi intestinali in quel tratto, nel quale venivano così a ripetersi le condizioni della *cavità chiusa.*

Il primo atto operativo, liberando l'ansa intestinale e riponendola nell'addome, ha permesso nuovamente il passaggio del contenuto enterico ed ha, allo stesso tempo, permesso il trasporto dei germi (virulentatisi nell'ansa erniata) lungo il lume intestinale digiuno-iliaco fino al cieco. Quivi l'appendice ha risposto con l'infiammazione alla quale è conseguita la peritonite parziale o ascesso periappendicolare che, come si sa (Banti), oltre che dalla perforazione può essere determinata, come è avvenuto precisamente nel caso nostro, dal passaggio dei germi attraverso la parete quando questa, per lesioni gravi o leggiere (disturbi circolatori, infiammazioni, ecc.) abbia perduta la sua naturale resistenza contro l'invasione microbica.

La combinazione dei due processi morbosi descritti e la dipendenza eziologica quì dimostrata non è stata certo osservata frequentemente e i testi di patologia non ne trattano; credo quindi che debba essere interessante ed istruttivo il presente caso, anche perchè mette in luce con evidenza il fatto della pronta reazione dell'appendice ai processi infettivi, indipendentemente da ogni altra causa meccanica proveniente dall'esterno o inerente a speciali condizioni interne.

***

Ringrazio vivamente il mio primario prof. F. D'Agostino che, dopo avere affidato a me gli atti operativi dell'interessante caso, me ne ha permesso lo studio consigliandomi di illustrarlo e di pubblicarlo.

NOTE E CONTRIBUTI.

La cinconina può sostituire la chinina.

Dott. GUIDO BINI.

Per quanto io non possa portare una serie di osservazioni sistematiche, sia dal lato clinico, sia dal terapeutico, mi preme far rilevare, come impressione personale per l'esperienza fattane, che il solfato di cinconina può sostituire, nella cura dei malarici, i sali di chinina ordinariamente adoperati (bisolfato, bicloridrato, ecc.).

Nella stagione endemica 1919 fui incaricato di coadiuvare il medico provinciale di Udine nella direzione della lotta antimalarica per la «bassa» Friulana, che costituisce zona malarica nella provincia suddetta. Esposi, in una nota comparsa sul periodico *La Malariologia* (n. 4, 5, 6 del 1920), le condizioni nelle quali si presentano i risultati ottenuti nella campagna, che qui brevemente ricordo:

Nella «bassa» Friulana, durante il 1918, anno dell'invasione austriaca, mancò qualsiasi lotta regolare nella popolazione civile, e colla liberazione delle terre invase l'indice endemico appariva notevolmente aumentato, specialmente per gli spostamenti di popolazione che il nemico aveva disposto nell'anno precedente: infatti, circa 6000 abitanti, in gran parte domiciliati nella zona finitima a quella di malaria grave, furono deportati e affollati senza alcuna difesa e lasciati senza cure appropriate in località varie del territorio ove la malaria era più grave, sicchè si infettarono estesamente.

La campagna antimalarica per il 1919 fu dovuta imperniare sulla bonifica dei malarici, per deficienza degli altri mezzi.

Ora, del quantitativo di chinacei preannunciato, come bisolfato e bicloridrato di chinina, una parte fu sostituito da solfato di cinconina in tavolette da ctgr. 20, che pervennero alla Prefettura di Udine alla fine di agosto e vennero distribuite ai vari ambulatorî antimalarici nei mesi di settembre e dicembre. Debbo far notare che in quell'epoca non si aveva a disposizione che una quantità limitatissima di bisolfato e di bicloridrato di chinina in tabloidi, mentre vi erano sufficienti scorte di bicloridrato di chinina in polvere, forma poco adatta per la distribuzione su larga scala, tanto che i tabloidi di cinconina furono largamente adoperati.

Complessivamente nei mesi di settembre e ottobre, in 15 dei 16 ambulatorî dipendenti e che servivano ad una popolazione di oltre 30,000 abitanti, furono distribuiti e consumati Kgr. 25.8 di solfato di cinconina di fronte a Kgr. 39.3 di sali di chinina (quasi tutti in polvere) e che mi risultò consumati solo parzialmente.

Per quanto fosse stato consigliato di adoperare per i bambini il limitatissimo quantitativo di tabloidi zuccherati di chinina (non si ebbe a disposizione che un solo chilogrammo di cioccolatini, che fu riservato per l'Asilo antimalarico di Maniago), pure per la scarsezza stessa dei confetti mi risultò che i tabloidi di cinconina vennero dati anche ai bambini quasi ovunque.

Debbo qui dire francamente che quando giunse la cinconina, io ero un po' prevenuto, sia per i possibili disturbi che alcuni autori le attribuivano (sul sistema nervoso, respiratorio e circolatorio), sia per la potenzialità terapeutica, ignorando allora le note di L. Rogers (*The Brit. Med. Journ.*, 26 ottobre 1918) e di Silvestri (R. Accademia di Roma, sed. ord. 26 gennaio 1919), tanto che pregai i medici incaricati della campagna, che nella distribuzione delle dosi stabilite dalle tabelle di cura compilate da Dionisi, ne fossero sorvegliati gli effetti. Non si verificò durante il corso della campagna alcun caso di emogobinuria sul quale provare la cinconina secondo l'esperienza recente dell'Ascoli.

Nelle successive indagini praticate nei mesi di settembre ed ottobre e nella prima metà di novembre, presso i vari colleghi, periodo nel quale la malaria suole essere più grave, mi convinsi che non erano stati notati disturbi apprezzabili dalla somministrazione della cinconina, nemmeno in quelli che erano stati trattati unicamente colla cinconina e per periodi lunghi. Circa l'effetto terapeutico, io non potei fare delle speciali indagini, sia con controllo sistematico dell'esame del sangue, sia per quelle riguardanti la recidività delle febbri, ma certo che l'*andamento generale dell'endemia*, laddove fu distribuita cinconina, non si comportò diversamente che laddove si procedette mediante la chinina, come esposi nella nota pubblicata in *Malariologia*, una bonifica precoce e intensiva dei gametiferi aveva potuto ridurre il numero delle febbri in proporzioni modeste.

TERMINOLOGIA MEDICA.

Federici (Segno di) o di Claybrook. — Trasmissione dei suoni cardiaci e dei rumori respiratorî su tutta la parete addominale, con la chiarezza con cui si avvertono sul torace. Si riscontra nelle lesioni interne addominali, senza ferita esterna; dovuto a presenza nel cavo peritoneale di gas (lesione degli intestini) o di versamento sanguigno (lesione di organi parenchimatosi).

RIVENDICAZIONI.

A proposito di un nuovo metodo per distinguere gli essudati dai trasudati.

Carissimo Policlinico,

Nel tuo n. 24 di quest'anno, a pag. 832, hai egregiamente riassunto un lavoro di Larsen e Secher, pubblicato nella *Berlin. Klin. Woch.*, n. 3, 1921, relativo al metodo di Sochansky per distinguere gli essudati dai trasudati, e basato sulla quantità maggiore o minore di cc. 0,5 di NaOH N/10, colorata con fenolftaleina, che 1 cc. del liquido organico riesce a scolorare.

Ora, secondo detto riassunto, una *modificazione* del metodo di Sochansky è stata da me adottata, determinando la quantità di soluzione NaOH N/10, che necessita aggiungere a 10 cc. di liquido organico diluito per virare in rosa l'indicatore fenolftaleina.

Per stabilire l'esatta cronologia dei fatti mi preme ricordare che il mio metodo, sotto il titolo *L'acidità apparente alla fenolftaleina degli essudati e trasudati*, venne pubblicato nei *Folia Clinica et Microsc.* nel marzo del 1912.

Esso fu controllato e trovato buono per usi clinici da Javal (*Journ. de Phys. et de Pathol. génér.*, n. 2, 1914), da Tosi (*Gazzetta intern. di Medic., Chir. ed Igiene*, n. 40, 1914); e dagli stessi Larsen e Secher (l. c.) adoperando 1 cc. del liquido organico e soluzione NaOH N/100.

Esso è riportato primo dei metodi differenziali fra essudati e trasudati, chiamandolo *Recherche par l'acidité apparente* (si capisce, senza citarne la paternità) nei *Précis des examens de laboratoire* dal Bard (Ed. Masson, Parigi, 3ª ed., 1918, pag. 56).

Io non voglio indagare se Sochansky pubblicando il suo lavoro nel 1918 (*Wien. Klin. Woch.*, n. 18, pag. 493) abbia avuto l'inspirazione del suo metodo dal mio, nè se il suo sia clinicamente più pratico del mio (le viscere paterne potrebbero tradire la serenità del giudizio), ma mi sembra *per lo meno inesatto* affermare che un metodo pubblicato nel 1912 rappresenti la modificazione di un altro pubblicato sei anni dopo, nel 1918.

Con saluti cordiali ADOLFO MÀRTIRI.

NOTA DELLA REDAZIONE. — Nel riassumere il lavoro di Larsen e Secher non potevamo fare un esame critico della questione per la verifica delle date. L'importanza del metodo rimane. Mentre ringraziamo il collega Màrtiri di averci informati come il concetto fondamentale sia stato suo, siamo lieti di far conoscere ai lettori che, anche questa volta, il merito della priorità di un ottimo procedimento tecnico spetta ad un italiano.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sullà diagnosi precoce del rene grinzo.

(Prof. SCHLAYER. *Deutsche Mediz. Wochenschr.*, 7 aprile 1921).

Si tratta della diagnosi degli stadi iniziali del rene grinzo non infiammatorio (nefrocirrosi di Aschoff, sclerosi benigna di Volhard) stadi che clinicamente possono rendersi evidenti con cilindruria e albuminuria ma spesso, specialmente nei primissimi tempi decorrono in modo del tutto subdolo per quanto si riferisce ai sintomi renali diretti, influiscono però sullo stato del sistema circolatorio, contribuendo alla formazione di un'ipertonia costante, e di quella forma di ipertrofia cardiaca che fino a tempi recentissimi era considerata idiopatica.

Ammessa la patogenesi da alterazioni vasali della sclerosi renale benigna (Jores, Aschoff, Löhlein); l'A. mette in evidenza i sintomi di alterata funzionalità del rene saggiandolo con quei stimoli che eccitano il sistema vasale con effetto costante, sia nell'esperimento animale che in quello clinico (sale, acqua, urea, corpi purinici).

L'effetto diuretico di tali sostanze, in individui in cui si supponeva una sclerosi renale incipiente fu sempre controllato coll'effetto ottenuto in individui sani.

Fu tenuto conto della quantità complessiva dell'urina, della curva d'emissione e della concentrazione delle singole porzioni. Complessivamente si notò:

1° una aumentata reattività di fronte al cloruro di sodio;

2° una aumentata reattività con curva della diuresi a tipo sclerotico (Schlayer) di fronte al pasto di prova renale (caffè e carne);

3° tendenza alla ritenzione di azoto.

Specificando: in seguito alla somministrazione di cloruro di sodio fu osservato poliuria con peso specifico costante, mai superiore ai 10-20 (negli individui normali il cloruro di sodio dà orine con concentrazione aumentata, variabile, non aumentata per quantità).

In seguito alla somministrazione di urea, si ottenne poliuria variabile, con concentrazione fissa (non superiore ai 10-20), ritenzione di N. (I reni sani rispondono alla somministrazione di urea come alla somministrazione di NaCl).

La somministrazione di corpi purinici (diuretina 0.5 tre volte al giorno) con contemporanea dieta normale dette poliuria con ascesa

lenta e decremento lento, e peso specifico variabile, basso in rapporto inverso alla quantità di orina emessa — nicturia — (tipo sclerotico della secrezione renale Schlayer) negli individui normali l'ascesa è rapida.

Alla somministrazione del pasto di prova renale (carne e caffè) il rene rispose con poliuria, spesso a tipo sclerotico con nicturia, più raramente, con urine di concentrazione fissa.

La secrezione dell'acqua fu variabile, in genere mantenuta bene, talvolta anticipata, in rari casi ritardata.

Questi risultati furono costanti negli individui di età giovanile che presentavano ipertonia costante e ipertrofia cardiaca, semplicemente, sia che questa fosse accompagnata da albuminuria e cilindruria.

Invece negli individui superiori ai 50 anni col medesimo quadro clinico (con albuminuria e cilindruria), il rene rispose in modo opposto. Si notò iposensibilità per il sale e l'acqua, ipersensibilità di fronte ai corpi purinici, oliguria con peso specifico aumentato (furono esclusi tutti quei casi nei quali la funzionalità renale poteva esser influenzata da momenti extrarenali).

Le autopsie dei pochi casi di questo gruppo morti per malattie intercorrenti dimostrarono un rene arteriosclerotico in cui erano attaccati i grossi e medi vasi. Il reperto anatomo patologico spiega il comportamento di fronte alle prove funzionali; le arterie sclerotiche, difatti, rispondevano male agli stimoli vasali eccitanti.

L'A. non ebbe occasione di controllare col reperto anatomo-patologico nessuno dei casi i quali si erano dimostrati ipersensibili di fronte al cloruro di sodio, però numerosi esami microscopici fatti da Mönkeberg sui reni di individui che avevano presentato *intra vitam* ipertonia semplice e che erano stati saggiati anni or sono dall'autore con somministrazione di lattosio a cui avevano risposto in modo simile, che alla somministrazione di cloruro di sodio, dimostrarono la presenza di alterazioni arteriosclerotiche dei vasi minimi, fatto questo che ha anche una certa importanza teorica perchè sta a dimostare che l'ipertonia mite e costante non induce sempre, nel rene, come ammetteva Romberg, una alterazione che si esplichi clinicamente con albuminuria e cilindruria, ma che le alterazioni sono molto più lievi e possono esser rese evidenti soltanto con mezzi diagnostici più fini.

Riassumendo, si possono quindi distinguere due gruppi di sclerosi renale benigna: un primo gruppo a cui appartengono individui giovani e si esplica clinicamente con ipertonia mite talvolta unita a cilindruria e albuminuria e il cui rene è ipersensibile di fronte agli eccitanti vasali.

Un secondo gruppo in cui gli individui di età avanzata rispondono differentemente a seconda della presenza e mancanza di albuminuria o cilindruria. I casi di ipertonia semplice reagiscono come gli individui del 1° gruppo, ma quelli accompagnati da albuminuria e cilindruria si dimostrano iposensibili di fronte al sale e all'acqua e ipersensibili di fronte ai corpi purinici.

Nel primo gruppo si tratta di arteriosclerosi iniziale in cui sono attaccati soltanto i vasi minimi, nel secondo gruppo di arteriosclerosi dei vasi renali grandi e medi. Con le prove funzionali surricordate si possono distinguere i 2 stadi e seguire il decorso di una sclerosi renale: l'apparire di una iposensibilità di fronte al cloruro di sodio indicherà che anche i grossi e medi vasi partecipano al processo. Queste conclusioni non devono considerarsi definitive nè assolute, giacchè nella massima parte dei casi mancò la conferma anatomopatologica della diagnosi clinica.

barz.

CHIRURGIA.

Vescicolite seminale. Manifestazioni locali e generali.

(J. H. CUNNINGHAM. *The Boston Med. and Surg. Journ.*, 24 febbraio 1921).

I medici, in genere, conoscono poco le malattie di quest'organo, e solo in questi ultimi anni i chirurgi hanno ad esso accordata la dovuta attenzione. Il Fuller ha scritto molto sull'infezione gonorroica focale delle vescichette seminali capace di produrre il Reumatismo gonorroico, la quale infezione il Belfield di Chicago ha paragonato all'infezione gonorroica delle tube Falloppiane. È di questa precisamente, che vogliamo occuparci, non potendo passare neppure fuggevolmente in rassegna tutta la clinica delle vescichette seminali, il che sarebbe pur molto necessario anche per gli esercenti specialisti.

Patologia clinica. — Una uretrite anteriore, spesso gonococcica, nell'estendersi in su, può attaccare la prostata, i dotti eiaculatori, le vescichette seminali, il dotto deferente, l'epididimo, tutte insomma le vie genitali. Innanzi ad una orchiepididimite blenorragica dobbiamo pensare che tutta la via è stata percorsa dal processo infammatorio, cominciando dall'uretra per finire al testicolo, e l'inferiore ha toccato dove più, dove meno, ma sempre tutte

le tappe del cammino. Mentre, però, le altre sezioni dell'apparato genitale maschile possono guarire, la prostata e le vescichette seminali, è discutibile se, una volta infette, possano mai raggiungere la *restitutio ad integrum*, perchè le vie di uscita naturale dei prodotti infiammatori sono molto piccole e incomode. Pertanto tale ritenzione dell'infezione, che può spiegare il ricorrere periodico dell'epididimite, si accompagna a disturbi clinici locali e generali.

Sintomi locali. — 1° È una secrezione uretrale spesso remittente, talvolta persistente a lungo, anche per anni, che viene attribuita ad uretrite e non cede ad alcuna terapia locale, formando la disperazione dell'ammalato e del medico. L'esame della prostata e delle vescicole seminali dalla via del retto e l'esame microscopico del liquido spremuto da esse, mettono sulla via della diagnosi. Anche il sondaggio e l'endoscopia possono riuscire utili a localizzare colà il focolaio principale dell'infiammazione. In tal caso s'inizia il trattamento curativo col massaggio prostatico-vescicolare, le irrigazioni, ecc., che si continua per mesi in molti casi. In un certo numero di pazienti tale trattamento è inefficace perchè il drenaggio naturale delle vescicole seminali, organi dalle ramificazioni molteplici e dai numerosi diverticoli, non può essere assolutamente ristabilito. Questi pazienti, non c'è che dire, non potranno guarire se le vescicole seminali non vengano estirpate o drenate convenientemente. Fu proprio in questi casi, che il Belfield ideò e attuò l'idea d'irrigare le vescichette ammalate mercè un'apertura del vaso deferente con un'incisione scrotale, allo scopo di distruggervi l'infezione con un liquido antisettico. Ma l'iniziativa del Belfield non ha trovato seguito, perchè è raro, che una irrigazione sola possa riuscire efficace, mentre varie irrigazioni non sono possibili a causa della difficoltà di mantenere aperta l'incisione del vaso deferente, e perchè la soluzione immessa non riesce a raggiungere tutte le zone infette. Allora non rimane che l'estirpazione delle vescichette seminali, che l'A. ha praticato su quaranta casi, nei quali ha notata l'immediata scomparsa della secrezione uretrale, per la quale, a meno che non vi fossero ancor persistenti chiazze di uretrite in attività di secrezione richiedenti opportune irrigazioni, non occorreva alcun trattamento sussidiario.

2° Altro sintoma d'infezione prostatica e seminale è un dolore nella regione perineo-genitale, spesso riferito al retto e accentuato dalla defecazione; di carattere indefinito, talvolta intenso, associato a disturbi nella sfera sessuale (erezioni penose, spermatorrea notturna, emissione di sperma commisto a sangue) quali di solito si osservano in neurastenici. Molti fattori entrano nella sindrome «neurastenia sessuale»: però non bisogna dimenticare, per l'opportuno trattamento, le alterazioni possibili concomitanti del Veru Montanum (il così detto cuore sessuale) e delle vescichette seminali, da controllare anche quando dall'anamnesi possa non risultare un'infezione gonococcica. I neurastenici sessuali migliorano molto, quando vedono cessare una secrezione uretrale persistente che li umilia come malattia segreta e li obbliga a ricorrere continuamente al medico.

Sintomi generali. — Sono le localizzazioni metastatiche particolarmente le manifestazioni artritiche. È ormai indiscutibile in Patologia generale il fatto, che dei focolai d'infezione, profondi o superficiali che siano, possano, mercè particolare azione elettiva, interessare altri tessuti, specialmente membrane sinoviali ed ossa: così oggi è comune la pratica di andare in cerca di qualche piccolo ignoto focolaio d'infezione iniziale, p. e. nei denti, nelle tonsille, per spiegare le così dette manifestazioni reumatiche. Se l'esame del paziente non rivela alcun nido d'infezione, ci si ferma ai denti, alle tonsille, e spesso, per lesioni ivi assai discutibili, detti organi vengono sacrificati, mentre il nido d'infezione è là nel profondo dell'apparato genitale. In tal caso escisse le tonsille, cavati i denti, aperto e raschiato qualche seno delle ossa della faccia, non si ha la improvvisa cessazione dei sintomi, esito brillante della cura, quando l'interpretazione patogenetica è corretta; ma la malattia continua. Fu il dott. Fuller, di New York, che nel 1905 richiamò l'attenzione dei medici sulla Vescicolotomia Seminale, come operazione radicale per guarire l'artrite gonorroica, operazione intesa a dimostrare l'importanza delle vescichette seminali come focolaio d'infezione. Neppure adesso forse dalla maggioranza dei medici si è realizzata l'importanza di questo concetto.

Di solito l'artrite blenorragica si sviluppa mentre il paziente di antica o di recente data ha ancora un flusso uretrale. Ma si sono osservati casi in cui tale artrite si trovava in pazienti, che negavano di aver mai avuta una uretrite, che non avevano mai vista secrezione di sorta dal meato urinario, e che all'esame rettale e all'esame microscopico della secrezione premuta dalla prostata e dalle vescichette seminali si rivelavano affetti, pur nondimeno, da prostatite e vescicolite cronica. Il che si spiega col fatto, che non tutti i processi cronici colà indovati sono di origine blenorragica,

e spesso lo stafilococco prende colà dimora, mantenendo un focolaio infettivo microbico profondo capace di essere il punto di partenza poi di malattie generali.

Oltre l'artrite altre manifestazioni metastatiche dell'infezione genitale profonda sono l'irite, la tendosinovite specialmente del tendine d'Achille.

Diagnosi. — Si basa: 1° sulla storia di una infezione uretrale, che non di rado però può anche mancare; 2° sul reperto obbiettivo alla palpazione rettale che mostra una prostata ingrossata con o senza noduli, ingrandimento delle vescicole seminali con ispessimento delle loro pareti, ovvero impossibilità di riconoscere le vescichette seminali a causa di un essudato plastico di perivescicolite che le nasconde; 3° sull'esame microscopico del liquido spremuto dalla prostata e dalle vescichette seminali, che rivela piccoli ammassi di cellule di pus e di cellule epiteliali prostatiche e vescicolari. Il gonococco può trovarsi e anche non trovarsi. Il saggio della fissazione del complemento per il gonococco è importante per stabilire, se un'artrite sia in origine gonococcica o meno, al qual riguardo non sarà inutile ricordare, che la somministrazione di vaccino gonorroico può rendere negativa una reazione, che dovrebbe essere positiva.

Trattamento. — Il compito è di distruggere il focolaio nella profondità dell'apparato genitale. Ciò si può raggiungere per via non operativa: massaggio prostatico e vescicolare, irrigazioni disinfettanti, vaccinoterapia, cura generale. Il che porterà la guarigione in circa il 10 % dei casi. Nei casi non gravi i più importanti sintomi saranno alleviati, ma il miglioramento è lento, le ricadute sono facili, e il paziente deve ritenersi sempre sotto minaccia. Se il trattamento non operativo non soddisfa v'è la cura chirurgica. I risultati sono brillanti; entro le 24-48 ore cessano i sintomi articolari, a meno che la malattia sia di lunga data, in cui lesioni anatomiche importanti abbiano distrutta la cartilagine articolare, nel qual caso occorre il tempo strettamente necessario a riparare le perdite. L'operazione è la prostatotomia e vesciculotomia, ovvero la prostatectomia e la vesciculectomia. Si è obbiettato, che tale trattamento è grave per le conseguenze sulla vita sessuale. L'A. ha fatto duecento operazioni e non ha avuto casi d'impotenza. Dunque non c'è pericolo d'impotenza. Ma v'è la sterilità. Ebbene è molto probabile che i pazienti lo siano già prima dell'operazione, almeno in parecchi casi, come conseguenza del processo infiammatorio prostato-vescicolare. D'altronde detti pazienti sono un focolaio di contagio, la cui sterilizzazione è di alta importanza sociale, e su di ciò è bene che portino i popoli la loro attenzione nell'attuale rimaneggiamento di leggi profilattiche che si fanno dovunque. Inoltre detti pazienti sono degl'invalidi, e, se a spese della loro riproduzione riottengono l'attitudine alla vita sociale, non possono essere scontenti.

Quanto più l'operazione è completa, e interessa in primo tempo prostata e vescichette, tanto più i risultati sono brillanti e le recidive rare, per non dire impossibili.

N. GENTILE.

NEUROLOGIA.

Contributo allo studio dei nuclei opto-striati.

(EMANUELE D'ABUNDO. *Rivista di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*, 1920, vol. XIII, fasc. 9 e 10).

L'A. si è servito, per le sue ricerche, di un ricco materiale anatomico, comprendente 23 fetini umani di diverse età, 2 aborti e un cervello di bambino di un mese di vita. Fissati in formalina, e dopo i successivi trattamenti inclusi in celloidina, furono sezionati in serie e colorati con ematossilina eosina; 7 fetini più piccoli furono sezionati cranio compreso.

Per studiare i nuclei opto-striati in tutte le loro dimensioni l'A. si servì delle sezioni seriali secondo il diametro verticale-frontale (alla Pitres), secondo il diametro orizzontale (alla Flechsig) e secondo il diametro antero-posteriore (fronto-occipitale). Per rendere dimostrative le sue ricerche l'A. riporta numerose figure fotografiche con ingrandimenti variabili.

Le conclusioni che l'autore ha creduto di poter desumere dalle sue ricerche sono le seguenti:

1° I nuclei opto-striati si differenziano abbastanza precocemente, e appunto nei primi periodi di formazione lasciano distinguere meglio che nell'adulto come si connettono l'uno con l'altro mediante cordoni cellulari (neuro blasti) che si insinuano fra i fasci di sostanza bianca interposta. L'esame di questi nuclei in fasi così precoci dello sviluppo rende evidenti altresì le connessioni, che esistono da una parte fra i più mediali di essi con il rivestimento ependimale della parete interna dell'emisfero cerebrale, e dall'altra fra i più laterali di essi e la corteccia cerebrale vicina.

2° Il nucleo caudato emerge per il suo volume nel periodo embrionale, sembrando aver raggiunto la maturità a misura che si avvicina al periodo della nascita. Esso, dal punto

di vista morfologico e nelle fasi precoci dello sviluppo si presenta nella vita fetale diviso nettamente in una zona *mediale* intraventricolare fortemente colorata, ed in una zona *laterale* extraventricolare con colorazione identica a quella del nucleo lenticolare. La zona *mediale* molto sviluppata nelle fasi precoci della vita fetale si va assottigliando gradatamente con lo sviluppo ulteriore del feto, e pare che rappresenti la zona generatrice del nucleo caudato; inoltre essa fa parte dello strato ependimale, col quale, del resto, è in diretta continuità. Tale zona *mediale* del nucleo caudato risulta di un numero notevole di neuroblasti con nucleo vescicolare molto voluminoso ed intensamente colorato; laddove nella zona *laterale* i neuroblasti sono meno numerosi, e sono pochi i nuclei vescicolari che si colorano in maniera simigliante a quelli della zona *mediale*, mostrandosi la maggor parte debolmente colorati.

3° Il nucleo lenticolare, già per tempo ben sviluppato nel periodo embrionale, acquista una evoluzione rapida in special modo negli ultimi mesi della vita fetale, e nel primo successivo alla nascita. Tra i nuclei opto-striati è il lenticolare quello che cresce più rapidamente tanto da raddoppiare il proprio volume alla nascita.

Il *putamen* nella fase embrionale per mezzo di cordoni cellulari (*neuroblasti*) ed attraverso la capsula esterna ed estrema e l'antimuro presenta connessioni lateralmente con la corteccia cerebrale corrispondente, di cui parrebbe essere una diretta dipendenza, e ciò in conformità con le vedute di *Cajal*. Il *globus pallidus*, al contrario, come del resto sostenne His, parrebbe avere origine dalla parete interna del cervello anteriore.

4° Il talamo ottico è un nucleo già ben voluminoso fin dalle prime fasi embrionali, e nel quale si osserva uno sviluppo ulteriore lentamente progressivo, che non presenta nelle ultime fasi fetali un acceleramento volumetrico così marcato come il nucleo lenticolare.

5° Nella corteccia cerebrale risultò costantemente un particolare morfologico rappresentato da una diminuzione ben marcata dei neuroblasti corticali in un tratto corrispondente all'esterno del nucleo lenticolare; diminuzione di neuroblasti che arriva in determinati punti perfino alla mancanza completa di essi. Il tratto corticale è sempre esclusivamente quello corrispondente all'esterno ed inferiormente al nucleo lenticolare; e si rilevò in tutti i tagli seriali sia verticali che orizzontali ed antero-posteriori, iniziandosi la rarefazione in special modo negli strati profondi della corteccia. Tale rarefazione è massima nella età fetale più giovane ed ulteriormente va diminuendo.

Nei feti umani più giovani si rileva la presenza di striature di cordoni cellulari (neuroblasti), i quali in parte provengono dalla zona *laterale* del nucleo caudato, ed in parte dalla corteccia, corrispondente alla regione esterna del nucleo lenticolare.

Questo risultato morfologico rinforza l'idea dell'origine corticale del *putamen*, e precisamente da una regione che topograficamente non è considerata di natura motrice.

6° Nella vita fetale un grave perturbamento, che come esito provoca nella corteccia cerebrale quella particolare conformazione che va sotto il nome di porencefalia e microgiria, non dimostra avere alcuna influenza sul regolare sviluppo dei nuclei opto-striati; ciò convaliderebbe l'idea che i nuclei opto-striati rappresentino l'ultimo anello della catena di connessioni segmentali spino-mesencefalici, e quindi stazione ultima riassuntiva coordinatrice di tutta la vita riflessa segmentale nervosa sottostante.

FUMAROLA.

I tumori del nucleo lenticolare.

(TARGOWLA. *Gazette des Hôpitaux*, 1920, n. 100 e 102).

I tumori del nucleo lenticolare hanno richiamato assai poco l'attenzione degli autori. Per quanto non si tratti di una localizzazione frequente pure essa non è del tutto eccezionale.

Il Targowla ha raccolto 64 osservazioni della letteratura; di queste soltanto una quindicina concernono tumori che risiedevano esclusivamente nel nucleo lenticolare; nelle altre si trattava di neoplasmi che interessavano più o meno le parti vicine.

Gli elementi più costanti della sindrome generale, che però può anche mancare, sono la stasi papillare, la cefalea, il torpore intellettuale, i vomiti: seguono i disturbi mentali e le crisi convulsive. Esiste di regola un periodo di latenza, che può durare anche a lungo, e il tumore non costituire altro che un reperto di autopsia.

I sintomi a focolaio possono suddividersi in due gruppi: gli uni sono conseguenza di un perturbamento (compressione, invasione) del fascio cortico-motore decorrente nella vicina capsula interna; gli altri sono espressione della localizzazione propria al tumore, non sempre però facili a spiegare, e consistono in disturbi della pronunzia, della fonazione, della deglutizione, della mimica, del cammino. Si

debbono, inoltre, aggiungere i movimenti involontari, coreiformi ed atetosici, il tremore, la rigidità muscolare bilaterale.

Clinicamente è possibile distinguere le seguenti forme: latenti, fruste, tipiche. Il corpo lenticolo-striato è in modo speciale tollerante alle lesioni a focolaio. Il tumore può restare talvolta latente fino alla morte: i fatti di questo genere sono tutt'altro che rari. Alle forme fruste appartengono: una forma con sintomi generali senza sintomi locali; una forma mentale pura, alla quale può riannodarsi la forma con sindrome di paralisi generale; una forma convulsiva; una forma emiplegica. Nelle forme tipiche i sintomi generali si associano coi sintomi locali.

La sindrome fondamentale dei tumori del nucleo lenticolare è in complesso costituita da una emiplegia progressiva, accompagnata da fenomeni pseudo-bulbari, e specialmente da disturbi disartrici: il valore di questi ultimi è, secondo Targowla, veramente considerevole. Altri sintomi di origine lenticolare, il cui carattere saliente è la bilateralità, possono, associati o no, alla sindrome precedente, o a uno dei suoi elementi, dominare il quadro clinico, permettendo di distinguere anche una forma paraplegica, una forma con rigidità muscolare bilaterale ed una forma tremolante.

Fumarola.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

P. L. Bosellini: *La Dermatologia nei suoi rapporti con la medicina interna.* Soc. Ed. Libraria, 1921 (p. xvi-591). Prezzo L. 70.

L'opera poderosa del giovane clinico dell'Università di Messina, venuta testè alla luce in bella e corretta veste tipografica per i tipi della Soc. Ed. Libraria, merita uno speciale cenno per i numerosi lettori del « Policlinico ».

Più che un tentativo assai ben riuscito di una sostanziale riforma nell'indirizzo degli studî dermatologici, essa può dirsi segni un passo decisivo, addirittura anzi un'evoluzione completa degli studî stessi verso orizzonti più ampî di quelli contenuti, fin quasi al giorno d'oggi, nel breve cerchio della morfologia e dell'anatomia patologica delle lesioni che si sogliono presentare sulla cute.

Il concetto animatore del libro è quello di integrare (e mi servo, parafrasandole, delle stesse parole dell'A.) il problema nosologico cutaneo investigando sui rapporti fra pelle ed organismo, considerati l'una con l'altro come indiscutibile unità biologica.

L'Autore perciò si è proposto di riunire a zitutto (sono sue parole) dei dati di fatto ch facciano vieppiù convinti gli studiosi dell vacuità di una Dermatologia ridotta alla mo fologia e della inoppugnabilità del concet che la Dermatologia è spesso null'altro ch medicina interna, e sottilissima medicina i terna, perfino talora in dermatosi parassitar volgari, e di additare poi la via che dev facilitare il raggiungimento della mèta volut

Come l'Autore abbia assolto il compito pr postosi potrà senza sforzo constatare il letto che segua attentamente lo svolgersi dell'oper nelle cinque parti in cui è divisa.

Nella prima sono riunite le principali n zioni anatomiche sulla struttura morfologic della pelle e degli annessi con l'aggiunta d dati anatomici che diano al lettore la poss bilità di fare un raccordo fra il circolo cu taneo con il circolo generale e fra l'innerva zione della pelle con i centri e le vie di tran sito degl'impulsi nervosi della vita di relazio ne e della vita vegetativa.

Un secondo capitolo della stessa parte dedicato alla struttura chimica della pelle va segnalato in esso il tentativo, in base a fatti raccolti benchè non numerosi e, spess ancora suscettibili di critica e di riserve, d ricondurre anche la cute nell'ambito di que gli strumenti bio-fisico-chimici coi quali si svo gono le attività nutritive dinamiche secondo moderno indirizzo scientifico della biologia della medicina.

La seconda parte è una felice sintesi dell attuali cognizioni sulla *fisiologia della pell* e dei problemi importanti che si offrono pe la necessaria soluzione allo studioso in quest vasto campo ancora quasi inesplorato (fun zione endocrina della pelle, p. es.); mentre nel la terza sono trattate le *alterazioni morfolo giche* della cute descritte sulla falsariga de processi contemplati dall'anatomia patologica generale, con una succinta descrizione in no ta delle *sindromi morfologiche principali*, pi ampiamente esposte in seguito nella part quinta.

L'etiologia generale delle malattie cutane è l'argomento della quarta parte dominato da concetto fondamentale che la lesione cutane debbasi considerare come la resultante di du elementi causali di un binomio etiologico, cio l'*agente morbigeno* estraneo alla pelle, ad es sa arrecato dal mondo esterno o dal mond interno, ed il *terreno*, cioè la pelle stessa co tutte le attitudini reattive sue proprie o in dottevi dall'organismo.

La quinta ed ultima parte infine è dedicata alla trattazione del problema etiologico e patogenetico e più particolarmente al fattore *terreno* con la dimostrazione dei rapporti che nel campo patologico intercedono fra cute ed organi interni e del meccanismo mediante il quale essi si svolgono.

I varî capitoli in cui essa è divisa (ricambio, s. n. simpatico, sistema ormonico, apparato digerente, apparato emolinfopoietico-circolatorio, respiratorio, uro-poietico, apparato locomotore, organi di senso specifico) formano la parte più interessante dell'opera per la copia di notizie, per l'ordine, la semplicità e la chiarezza con cui sono esposte, e per la novità delle vedute dell'A.

L'opera peraltro non va giudicata soltanto dall'analisi minuta delle varie sue parti e dei suoi diversi capitoli e dal modo, veramente magistrale, col quale sono svolti i varî argomenti presi a trattare.

È invece dal suo intero complesso che risulta la profondità dei concetti originali che guidano l'A. a considerare la Dermatologia come una branca della medicina interna e a dar vita ad un'idea, che l'intuito clinico degli antichi aveva intravista attraverso le nebbie delle dottrine umorali, ma che l'indirizzo anatomico e morfologico degli studî moderni (ai quali peraltro tanto deve la patologia della pelle e senza di cui non sarebbe stato possibile alcun serio progresso in questo campo) aveva fatto credere quasi spenta.

Crediamo di non errare prevedendo che l'opera testè pubblicata avrà una grande eco nel campo dermatologico e, pur in mezzo alle immancabili critiche, influirà in maniera efficacissima ad orientare i nostri studî verso una mèta nuova, quanto mai ardua ma, in un tempo più o meno vicino, certamente raggiungibile.

V. M.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Reale Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 24 aprile 1921.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

Demenza ebefrenica-paranoide dei fanciulli.

Dott. C. DE SANCTIS. — Illustra un caso di demenza ebefrenica-paranoide da lui di recente studiato. Si tratta di un fanciullo con eredità psicopatica, che ebbe loquela ritardata e che sin dall'infanzia aveva, durante la notte, perdita involontaria di urine.

L'intelligenza del ragazzo era però sveglia tanto che potè studiare sino alla 5ª elementare. Nel 1918 ammalò di nervosità e veniva colto spesso da periodi di sonnolenza. Successivamente ebbe dei periodi d'irritabilità, che andò sempre aumentando sino a presentare tutto il quadro della demenza ebefrenica-paranoide.

Azione della radioterapia associata alla ionoforesi argentica in un caso di carcinoma ulcerato della guancia e del naso.

Prof. F. GHILARDUCCI. — L'O. presenta un uomo di 72 anni il quale era affetto da un vasto neoplasma ulcerato che occupava la metà interna della guancia sinistra e la metà corrispondente dell'ala nasale, che era in parte distrutta. Si notava anche ingorgo delle ghiandole latero-cervicali. La diagnosi clinica di carcinoma fu confermata dall'esame dei preparati istologici che l'O. presenta.

Caratteristica del tumore era una enorme secrezione di icore sanguinolento e fetidissimo tanto che l'infermo fu dovuto isolare. Il giorno due marzo u. s. fu sottoposto ad un'unica seduta di raggi X della durata di 3 ore e 20 minuti, preceduta da una applicazione di ionoforesi argentica della durata di ore 2.30. Dopo quindici giorni la secrezione era quasi scomparsa ed aveva perduto il suo fetore, le masse neoplastiche si andarono rapidamente appianando fino a scomparire e l'ulcerazione si restrinse e si deterse completamente ricoprendosi di granulazioni di buona natura. Attualmente unico vestigio del grave neoplasma è l'ampia breccia a carico del naso, alla quale si potrà provvedere con una plastica. L'O. si studia d'interpretare il risultato eccezionalmente favorevole discutendo le varie ipotesi e ritiene che si debba attribuire almeno in gran parte all'argento l'azione antisettica osservata in questo caso.

Sulla sclerosi delle coronarie nell'angina di petto.

Prof. L. SCHIBONI. — L'O. riferisce su tre casi da lui studiati dal punto di vista clinico ed anatomo-patologico nell'Ospedale di San Giovanni, che sono di una notevole importanza probativa per le vedute dal prof. Marchiafava sulla genesi dell'angina di petto e sulla morte improvvisa, che vanno ricercate nell'alterazione del ramo discendente dell'arteria coronaria sinistra.

L'O. ritiene che come si indica con particolare denominazione l'arteria di Charcot o dell'emorragia cerebrale, così sarebbe opportuno parlare di un'arteria dell'angina di petto, riferendosi al ramo discendente della coronaria sinistra.

Sull'endocardite gonococcica.

Dott. G. PILOTTI. — L'O. riferisce sul reperto d'autopsia di un caso di endocardite ulcerosa acuta delle valvole aortiche, osservato in una ragazza di 22 anni, morta al 39º giorno di malattia, e trovata affetta anche da salpingo-ovarite cronica fibrosa bilaterale. L'esame microscopico dimostrò la presenza di tipici gonococchi nelle sezioni delle valvole colpite.

Sull'ipertrofia del cuore nei forti bevitori di vino.

Dott. G. PILOTTI. — L'O. comunica il reperto dell'autopsia di due strenui bevitori di vino, l'uno morto d'emorragia cerebrale, l'altro con segni di scompenso cardiaco, nei quali osservò una manifesta ipertrofia di tutto il cuore. Egli mette in rapporto questa ipertrofia di cuore con l'uso smodato del vino, poichè mancavano altre cause capaci di spiegarla (lesioni valvolari, miocardiche, delle coronarie, arteriosclerosi aortica, sclerosi renale, enfisema polmonare, ecc.), e la ravvicina all'ipertrofia di cuore descritta nei forti bevitori di birra.

Osservazioni sopra la struttura e le funzioni dell'articolazione temporo-mandibolare e dei muscoli masticatori dell'uomo.

Prof. P. DORELLO. — L'O. sostiene che il meccanismo col quale la mandibola si abbassa nell'uomo è notevolmente differente da quello che determina lo stesso movimento negli altri mammiferi ed esprime il parere che alla produzione di questo nuovo meccanismo intervengano due fattori, cioè lo spostamento verso l'innanzi del foro occipitale, conseguenza della stazione eretta, e lo acquisto del linguaggio articolato. Dopo aver messo in luce alcuni particolari anatomici dell'articolazione temporo-mandibolare, studia sul vivo l'azione dei muscoli sopraioidei e dello pterigoideo esterno, mostrando come questo sia l'agente essenziale dell'abbassamento della mandibola.

Per mezzo di numerosi tracciati, presi contemporaneamente sul condilo, sull'angolo mandibolare, sul foro alveolare e sugli incisivi, determina le posizioni della mandibola in tutte le fasi del suo abbassamento ed innalzamento.

L'O. conclude affermando che il movimento di propulsione della mandibola non è dovuto alla sola azione dei pterigoidei esterni, ma all'azione combinata di questi muscoli con quella dei pterigoidei interni e dei masseteri.

E. GROSSI.

Associazione Medica Veronese.

Seduta del 9 aprile 1921.

Stenosi mitralica e lesioni apicali.

FAGIUOLI A. — L'O. illustra, in base a numerose osservazioni personali, quelle alterazioni che si stabiliscono agli apici in seguito a vizii cardiaci e specialmente alla stenosi mitralica, e mette in luce i segni differenziali per distinguere le lesioni apicali mitraliche da processi polmonari specifici assegnando speciale importanza ai caratteri diversi che presentano gli episodi emottoici nelle due forme morbose.

Su due casi di tumore del mediastino di difficile interpretazione.

CORRADI I. — L'O. descrive due interessanti casi di tumore del mediastino, nel primo dei quali la sintomatologia clinica portava al concetto diagnostico di anasarca da scompenso per miocardite cronica e nel secondo di aneurisma dell'arco aortico.

La sindrome parkinsoniana quale postumo di encefalite letargica.

FALZI O. — In base allo studio di un paziente che l'O. presenta all'Assemblea, e di altri sei da lui osservati nei reparti ospedalieri, sostiene che la sindrome parkinsoniana rappresenta una delle forme più comuni residuanti dalla cosidetta encefalite letargica. I sintomi e il decorso del processo inducono a pensare che la forma sia dovuta probabilmente a lesioni organiche dei nuclei della base, e mette in luce il fatto che i diversi procedimenti terapeutici, compresi i prodotti opoterapici, non hanno portato nei casi studiati alcun beneficio.

I postumi parkinsoniani della encefalite epidemica.

LAMBRANZI R. — L'O. dà notizia intorno a 1[illegible] casi da lui osservati e presenta un ammalato. In tutta la serie è sicura la malattia originale, e il quadro parkinsoniano svoltosi successivamente è rappresentato in modo precipuo dai fenomeni di rigidità muscolare, senza che tuttavia manchi in questo o quel caso il sintoma tremore e non sia rappresentata la coorte dei sintomi accessorii.

Discutendo se si debba in argomento trattare di parkinsonismo o di sindrome parkinsoniana l'O. tiene per la seconda denominazione; la definizione parkinsonismo può essere serbata per le forme che abbiano il carattere sopratutto di fugacità, di guaribilità. Per i casi della sua serie la prognosi deve essere per lo meno riservatissima, la infermità essendosi da ritenere di natura organica. L'O. accede alle opinioni che tendono a riferire la sede principale del processo anatomo-patologico sul *globus pallidus*, e crede che la m. di Parkinson si debba interpretare come una sindrome dovuta a ragioni diverse, agenti su di una stessa sede, fra le quali deve essere annoverata la encefalite epidemica. La terapia finora non ha dato risultati efficaci. L'O. crede opportuno procedere anche a tentativi col neo-salvarsan e il silber-salvarsan analogamente a quanto si va facendo per la sclerosi a placche.

Prof. ANTONIO FAGIUOLI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Contributo allo studio dei sintomi della gravidanza.

Il sintoma che Dezwarte (*Paris médical*, n. 7, 1921) descrive è basato sulla posizione di equilibrio normale e sulla mobilità normale dell'utero: manca perciò nei casi di deviazione o fissazione patologica dell'organo.

Sappiamo che l'utero in equilibrio normale è antiverso: in tale posizione poggia sulla faccia posteriore della vescica: vuota questa, il piano superiore del cul-di-sacco di Douglas contiene delle anse del tenue o il colon pelvico.

Quando la vescica si distende le anse intestinali sono sloggiate dal piano superiore, e la faccia posteriore dell'utero prende contatto con la faccia anteriore del retto.

Aggiungiamo che l'asse stesso della vagina rappresenta per l'utero un vero canale erniario: sotto la pressione addominale e spesso sotto l'influenza di uno sforzo, esso s'insinua in questo canale e discende sempre più, ripiegando le pareti vaginali.

Allorchè il medico esegue un'esplorazione vaginale in una donna con utero in posizione normale, con l'indice incontrerà successivamente il labbro anteriore del collo, il suo orifizio esterno, il labbro posteriore a fianco del quale egli passerà, poi l'indice continuando ad avanzare raggiunge senza ostacolo il cul-di-sacco posteriore vaginale. Quando l'utero diviene pesante, ad es. per gravidanza, esso assumerà la posizione suddescritta di retroflessione secondo l'asse: l'utero senza prolassarsi, accenna a discendere, l'esplorazione vaginale allora ci darà risultati diversi dai precedenti: l'indice del medico, infatti, cadrà direttamente sull'orifizio esterno del collo che sarà venuto nell'asse stesso del canale vaginale.

MONTELEONE.

Placenta previa: analisi di 100 casi

In 100 casi riportati da G. L. Brohead ed E. G. Langrock (*The Journal of the American medical Assoc.*, tomo LXXVI, n. 1) si trovano 17 primipare, 78 multipare e 5 casi in cui il numero delle gravidanze non fu precisato. La placenta previa fu marginale (10 primipare, 47 multipare) in 58 casi, centrale in 25 (6 primipare, 16 multipare), laterale in 12 (una primipara, 11 multipare) e di tipo indeterminato in 5 casi.

Nel 33 % dei casi la gravidanza fu portata a termine o quasi, e nel 55 % raggiunse l'ultimo mese. Il pallone e la versione non furono usati che in 23 casi.

Gli AA. registrano 9 casi di mortalità materna; la mortalità fetale raggiunse il 57.6 % nelle primipare, il 68 % nelle multipare, il 60 % nei casi incerti circa il numero delle gestazioni.

Il trattamento della placenta previa varia enormemente con le seguenti condizioni: l'età, il numero delle gravidanze, l'epoca della gestazione, il punto d'inserzione della placenta, la dilatazione del collo, lo stato della paziente, il numero dei figliuoli viventi, l'ambiente e il valore chirurgico dell'operatore.

La versione sembra essere il procedimento di scelta nella maggior parte dei casi nelle primipare e nelle multipare: quando la dilatazione del collo permette l'introduzione della mano, l'estrazione del feto dovrà essere ben progressiva, a meno che il collo non sia completamente o quasi completamente dilatato.

Ogni volta che la dilatazione è piccola, si ricorrerà al pallone di Ribes, senza rompere le membrane. Non si farà uso di forcipe se non nel caso di placenta previa laterale con dilatazione praticamente completa e presentazione di vertice.

La rottura delle membrane non è indicata che per il tipo marginale o laterale e quando l'emorragia è leggera ed il collo è già ben dilatato.

Il tamponamento non sarà mai se non una misura temporanea nel caso di una circostanza imprevista, permettendo di aspettare che si metta in opera tale o tal'altro procedimento.

La pituitrina alla dose di 2 o 3 gocce è un buon medicamento nei casi di inerzia uterina.

La dilatazione manuale nel caso di placenta previa è da bandire perchè dannosa ed espone a lacerazioni cervicali.

Quanto all'operazione cesarea, questa ha indicazioni limitate ma precise. In tutte le primipare a termine o quasi a termine, con placenta previa centrale, debole dilatazione del collo e feto in buono stato, la cesarea dà i migliori risultati, tanto per la madre che per il feto, a condizione che l'operazione sia eseguita in circostanze favorevoli e da un chirurgo abile.

La cesarea è ancora indicata in certe multipare che non esitano di accettare un piccolo rischio per avere un bambino vivente. L'operazione richiede meno tempo delle altre manovre e riduce enormemente l'emorragia.

Qualunque sia il metodo seguito per sgombrar l'utero, gli AA. consigliano di tamponare accuratamente utero e vagina con garza iodoformica, in modo da limitare al minimo possibile l'emorragia. E. BENEDETTELLI.

L'aborto strumentale.

Lo Spilsbury in una riunione della Società Medico-Chirurgica di Londra (West) (*British med. Journ.*, 26 marzo, 1921) trattò dell'aborto strumentale.

La provocazione meccanica dell'aborto non è solo tristamente riservata ai popoli civili, dappoichè anche i selvaggi con mezzi molto rudi, come il battere con sassi sull'addome, e le razze primitive analogamente la praticarono. I mezzi certamente più efficaci erano quelli nei quali gli agenti fisici traumatizzanti operavano direttamente sull'utero, tanto più quanto più esteso era il danno locale e più pronta la reazione uterina.

I mezzi più comuni oggi usati sono:

1° Introduzione di uno strumento nel canal cervicale o nel cavo uterino, p. e. una spilla da cappello, un crochet, uno spiedo, e meglio un catetere. Occorre una conoscenza anatomica delle parti a meno che non vi sia prolasso;

2° Lavande vaginali di varii liquidi;

3° Irrigazioni uterine di varii liquidi, specie soluzione saponosa, a caldo;

4° Introduzione di aria nel cavo uterino attraverso un catetere;

5° Massaggio manuale dell'orificio uterino esterno;

6° Zaffamento vaginale;

7° Massaggio addominale del corpo uterino;

8° Applicazione locale di correnti elettriche:

9° Dilatazione del canal cervicale con le sonde di Hegaz, e immediata rimozione del prodotto del concepimento, specialmente usata dai medici.

I pericoli dell'aborto strumentale sono tre: infezione, emorragia, shock. L'infezione favorita da estesa superficie sprovvista di mucosa nell'utero e vicinanza di grossi vasi nella zona placentare, riconosce quali agenti più frequenti lo streptococco e il colibacillo, che nei casi fatali danno una setticemia rapida senza quasi lesione macroscopica locale, ovvero una setticemia più lenta con esito in pioemia. Molto comuni gl'infarti settici del polmone, e non rara l'embolia massiva dell'arteria polmonare.

L'emorragia fu responsabile di morte solo quando s'interessò la regione placentare o l'utero fu perforato.

Lo shock è da temere al momento del passaggio di uno strumento nel cavo uterino, e di solito è passeggero, meno casi eccezionali in cui riuscì fatale immediatamente. Anche nelle irrigazioni endouterine si può riscontrare.

La cura, nei casi di procurato aborto, deve essere pronta e diretta principalmente alla disinfezione e svuotamento di tutto il canale genitale. Se non basta, non bisogna esitare ad affrontare la laparatomia per una isterectomia.

Lo Smith mise in guardia il sanitario, per evitare possibili accuse di complicità, consigliando la cooperazione di un collega, e per la cura dopo lo svuotamento e la disinfezione, indicò la polverizzazione a larga mano di acido borico in vagina.

Il Willcox confermò il fatto che il semplice passaggio di uno strumento ottuso in un utero gravido può essere causa di shock mortale, in base a parecchi casi constatati e controllati negli ultimi anni. Per spiegare la rapidità della setticemia mortale richiamò l'attenzione sul fatto che non di rado sfondato l'utero, vengono portati i germi settici direttamente nel cavo peritoneale.

Il Gordow per la cura indica la sieroterapia antistreptococcica, o anticolibacillare, secondo la peculiarità del caso, come una grande risorsa, purchè fatta in grandi dosi (cento cmc. di siero, in soluzione fisiologica, per ipodermoclisi). Chiamò disastrosa in pratica la vaccinoterapia nelle forme a decorso acuto, e la definì erronea anche in teoria.

N. GENTILE.

NOTE DI TECNICA.

Valore comparativo delle reazioni del sangue nelle feci.

Tra i varî metodi esistenti per svelare la presenza di sangue nelle feci, quelli più in uso nella pratica, perchè più comodi ed alla portata di tutti, sono i metodi chimici.

Questa comodità, però, è in certo qual modo a scapito della esattezza, della fedeltà dei risultati.

Una reazione può riuscire positiva per la presenza nelle feci di sostanze affatto diverse dal sangue e che influenzano variamente le singoli reazioni.

D'altro lato i metodi proposti mostrano una sensibilità che oscilla entro limiti amplissimi.

Eppure, l'aiuto che alla clinica porta il laboratorio con il mettere in evidenza il sangue nelle feci è assai grande. Si capisce quindi come la questione abbia destato sempre un particolare interesse e come gli sforzi della

chimica clinica siano stati quelli di offrire al medico un metodo semplice e che ad un tempo, e sopratutto, fosse sicuro e sensibile.

Non sembra che tutto questo sia stato finora raggiunto.

Stando così le cose il problema della ricerca del sangue nelle feci con i metodi chimici va posto entro questi termini precisi:

1) Con quali accorgimenti, e quindi con quale metodo perfezionato nella tecnica in sè e nelle condizioni di esecuzione possono evitarsi le cause di errore?

2) Nell'individuo sano come si comportano i varî metodi chimici paragonati fra loro ed a tutti gli altri posseduti?

3) Ed infine: poichè i metodi chimici proposti non sono assolutamente specifici e sono d'altro lato variamente sensibili fino a qual punto sensibilità e specificità sono utilizzabili; e cioè: è assolutamente necessario in patologia gastro-intestinale usare metodi sensibilissimi od è sufficiente invece un metodo di media sensibilità, meno esposto a cause di errore, ma capace di rivelar sempre le tracce di sangue che in condizioni morbose possono versarsi nel tubo digerente?

Dall'articolo di Gustavo G. Moppert (*Revue médicale de la Suisse Romande*, n. 4, 1921) risulta chiaro come l'A. per essersi posti questi quesiti abbia cercato di risolverli con una serie di ricerche sistematiche di cui pubblica la prima parte.

In soggetti sottoposti a regime carneo (468) ed in altri tenuti a dieta priva di carne (106) è stata praticata la ricerca microscopica del sangue nelle feci. Primo dato interessante scaturito da queste esperienze è che sia negli uni come negli altri individui si è constatata la presenza di globuli rossi nell'87 % e rispettivamente nell'84 % dei casi esaminati. Il che significa, secondo l'A., che normalmente, all'infuori dell'introduzione di alimenti contenenti sangue, si ha una specie di « emorragia occulta fisiologica » dovuta a cause varie.

Negli stessi pazienti esperimentando nelle medesime condizioni, è stata eseguita la ricerca chimica con il Weber (*su estratto etereo*); con il guaiaco e l'H_2O_2, la benzidina, la fenolftaleina, il piramidone (*su estratti acquosi, acetici filtrati*).

Il risultato globale di tali ricerche ha portato a questi dati: il Weber si è mostrato costantemente negativo in ogni caso; il guaiaco ed H_2O_2 è stato positivo in media nell'1.50 % dei casi, il piramidone nel 3.50 %; la benzidina e la fenolftaleina nel 20 %.

Si può concludere che quasi sempre, normalmente, in individui del tutto sani, indipendentemente da una dieta contenente sangue, si riscontrano globuli rossi nelle feci. Le ricerche chimiche rivelano questo sangue con una esattezza assai inferiore a quella del microscopio ed or più or meno di frequente a seconda della sensibilità del metodo.

Il problema viene dunque a complicarsi per il fatto che le reazioni chimiche ritenute più sensibili si sono mostrate troppo poco sensibili per rivelare tracce di sangue che il microscopio mette invece in evidenza; e perchè d'altro canto esse si sono mostrate anche troppo sensibili, nel senso che dovendo esser destinate a mettere in evidenza del sangue patologico, riescono positive in presenza di sangue non proveniente da lesioni del tubo gastroenterico che possano interessare la patologia.

Solo il Weber dà garanzia « per la clinica » in quanto la prova è rimasta costantemente negativa in presenza di questo « sangue normale »: gli altri metodi vanno proscritti. Anche un risultato ottenuto con il guaiaco e l'H_2O_2 non può essere accettato senz'altro e senza aver prima ripetuto varie volte la ricerca potendo esporre, sebbene in una percentuale bassissima, ad errori.

Ma per affermare il valore del guaiaco e del Weber nella diagnosi delle emorragie occulte patologiche è necessario esaminare come questi due metodi rispondono in individui affetti da lesioni ulcerose dell'apparato digerente. E questo l'A. si ripromette di farci conoscere in altra occasione. D. MAS.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La glandola interstiziale.

Il termine di glandola interstiziale, dice Morley (*New York Med. Journ.*, 2 marzo 1921), fu dato dal francese M. Bouin nel 1900 a gruppi speciali di cellule da lui descritte nelle ovaie degli animali; tre anni dopo lo stesso nome fu usato da P. Bouin e P. Ancel per denotare gruppi di cellule simili, da essi descritti nel testicolo.

Dopo di allora si sono moltiplicati gli studi istologici, fisiologici e clinici sulla così detta glandola interstiziale.

Le cellule anzidette sono incluse nel tessuto connettivo, più propriamente *interstiziale*. Nelle ovaie sono a gruppi, ovvero isolate; nel testicolo sono a gruppi e vengono anche dette « cellule di Leydig ».

Sulla loro genesi le opinioni discordano. Secondo Falta la glandola interstiziale delle ovaie si sviluppa dalla teca interna dei follicoli di Graaf atresici, ossia che non conten-

gono un ovulo e che quindi non maturano mai; questa ipotesi è ammessa dalla maggioranza, ma non si adatta alle cellule con caratteri identici ma isolate, sparse nel tessuto ovarico.

Alcuni autori ammettono, invece, che la glandola interstiziale dell'ovaia sia una semplice derivazione dello stroma connettivo.

Quanto ai testicoli, non si sa nulla circa la genesi della loro glandola interstiziale. La disposizione irregolarissima delle cellule di Leydig ha certo determinato molta inaccuratezza e molti errori e ha reso dubbie molte osservazioni relative alla loro presunta iper- e ipotrofia e plasia, che interverrebbero, per es., nell'ibernazione di alcuni animali, o nell'epoca del calore, o nella gestazione, o nella vecchiaia, od in seguito agli interventi di Voronoff (innesti di frammenti di testicolo) o di Steinach (deferentectomia, legatura dei deferenti, irradiazioni).

Riguardo alle funzioni della glandola interstiziale, si è ormai d'accordo nell'ammettere che essa ha molta parte nella secrezione interna dell'ovaia e che sia la principale se non unica sorgente della secrezione interna del testicolo. Per quanto concerne l'ovaia, si suppone che la glandola interstiziale sia la principale sorgente della secrezione interna prima della pubertà e dopo la menopausa; ma durante l'attività sessuale anche il corpo luteo concorre a produrre la secrezione interna.

La secrezione interna dei testicoli e delle ovaie sarebbe la causa determinante degli stimoli sessuali e dei caratteri sessuali secondari; di più, agirebbe attivando tutto il ricambio.

Allorchè s'innestano frammenti di testicoli o di ovaie, il tessuto germinativo (che dà la « secrezione esterna », cioè gli spermatozoi e gli ovuli) degenera; invece il tessuto connettivo persiste e la glandola interstiziale inclusavi continua le sue funzioni.

Anche dopo la deferentectomia e la legatura dei deferenti il tessuto germinativo degenera; in compenso la glandola interstiziale sembra risentire un processo d'ipertrofia e d'iperplasia. Altrettanto avverrebbe in seguito ad applicazioni di raggi X, dosati in modo che siano abbastanza intensi da distruggere il tessuto germinativo, ma non la glandola interstiziale, di cui anzi stimolino l'attività.

Mentre questi interventi danno risultati più o meno manifesti e talvolta brillanti, l'estratto testicolare (di Brown-Séquard o di Poehl), per bocca o per via ipodermica, resta generalmente inattivo: pare che abbia solo un'azione suggestiva nell'impotenza psichica. Qualche risultato si è avuto, dice Bauer (*Bulletin Médical*, 2 ott. 1920), sperimentalmente negli animali castrati e clinicamente nell'infantilismo (ricerche di Souques); nei neurastenici si sarebbe anche osservato che esso è in grado di correggere la stitichezza.

Fatto strano: l'effetto sperimentale manca qualora si faccia uso dell'estratto di un testicolo ectopico, in cui non esiste più il tessuto germinativo, ma soltanto la presunta glandola interstiziale; ciò legittima qualche dubbio sul compito effettivo di quest'ultima.

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1355) *Sanatorî per tubercolotici.* — Al dott. P. T. da G.:

I sanatorî per la cura della tubercolosi polmonare non sono molti in Italia.

Buona reputazione godono: il sanatorio popolare di Prasomaso presso Sondrio ed il sanatorio per abbienti della Pineta di Sortenna presso Sondalo, fondato dal compianto dottor Zubiani.

Vi sono poi il piccolo sanatorio femminile di Ornago presso Milano, il sanatorio di Groppino presso Bergamo, il sanatorio popolare di Livorno, il sanatorio Ferrarotto di Catania, il sanatorio Cervello di Palermo.

La Croce Rossa ha alcuni sanatorî per adulti, di cui più raccomandabile è quello di Cuasso al Monte presso Varese.

G. MENDES.

(1356) *Ricerca dell'acido urico nell'urina.* — Al dott. A. J.:

È noto che usando il reattivo di Esbach (acido picrico 10, ac. citrico 20, acqua 1000) l'acido urico può precipitare. Nè qualitativamente, tanto meno quantitativamente, per ovvie ragioni, il metodo è consigliabile per la determinazione dell'acido urico nelle urine.

t. p.

VARIA

A che ora si muore di preferenza.

Oppenheim e Ritter hanno raccolto al riguardo un'accurata statistica; risulta che i tubercolotici muoiono di preferenza durante la notte: il massimo cade tra l'1 e le 2 am.; i peritonitici tra le 17 e le 18; la mortalità generale è minore tra le 6 e le 9 am., in cui è minima anche l'emissione di calore.

Per i bambini Maria Cramer ha trovato che il massimo di mortalità si osserva tra le 5 e le 6 am., e il minimo tra le 17 e le 21.

(*Pathologica*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione Umbro-Laziale dei Medici Condotti.

In Perugia, sotto la presidenza del presidente generale dott. Martinelli, si sono radunati i dottori Braccini, Angelini, presidente della Federazione Umbro-Laziale; Bolli, Cenci, Sbaraglini, Bonarotti, Paci, Montano, presidenti delle Sezioni Umbre. Presenziavano il prof. Silvestrini, per il Consiglio dell'Ordine dell'Umbria; il dott. Guerri, per i Liberi esercenti; funzionava da segretario il dottor Pimpinelli. Aveva inviato la sua adesione il dott. Buccolini, presid. del Gruppo Sezioni Umbre.

L'adunanza si è precipuamente occupata della violenta fine del dott. Grifi Guglielmo, medico condotto di Passignano sul Trasimeno. I dottori Bolli e Pimpinelli presentarono la relazione sul sopraluogo. Venne riconosciuta la necessità di un energico intervento della classe affinchè sia fatta luce completa sul misterioso assassinio. L'assemblea deliberò di nominare un proprio avvocato che collabori con l'altro nominato dalla famiglia; di diffidare il Comune; di domandare al Comune che venga solennemente rivendicato il nome del dott. Grifi Guglielmo mercè una solenne commemorazione; di domandare che alla famiglia derelitta venga integrata la pensione sino alla concorrenza di lire 5000 annue.

In seguito gli adunati si sono occupati del caso del dott. Lupatelli Ugo, di Deruta. Risultò che effettivamente egli è vittima di coercizione da parte dell'Amministrazione comunale che gli ha imposto una condotta di campagna, mentre per Capitolato gli spetta il diritto di conservare quella del Capoluogo. Gli adunati deliberarono di diffidare il Comune.

Federazione Piemontese dei Medici Condotti.

Il 16 giugno si è adunato, al completo, il Comitato Esecutivo della Federazione Piemontese M. C. Presenti: Porcival, presidente; Danioni, Calissano, Prunas, Bongioanni, Mattioli, Mortara.

Dopo maturo esame in merito alla proposta di denuncia del Capitolato 1919 venne alla unanimità, meno un voto, approvata una deliberazione da rendersi nota a tutti i presidenti di Sezione della Federazione, con la quale i Gruppi provinciali sono invitati a far conoscere in massima se essi ritengono necessario di chiedere, in tutto od in parte, o di non chiedere, miglioramenti nei patti di condotta. Questo ordine del giorno non è applicabile alla provincia di Novara dove la lotta è già in corso sulle seguenti basi: 1° Stipendio residenziale: L. 8000 per qualunque numero di poveri sino a 1000 con addizionale da 5 a 10 lire per ogni povero in più. 2° Alloggio gratuito od indennità da L. 500 a 1000. 3° Mezzi di trasporto: L. 500 per i paesi di pianura, L. 1000 per i paesi di montagna o molto estesi. 4° Ufficiale sanitario: da L. 500 a 1000. 5° Cari-viveri di legge. 6° Quinquenni e tutte le altre indennità e diritti di legge. 7° Cavalcatura: L. 5000, calcolate in base ai prezzi del mercato nel IV trimestre 1920, ma rivedibile di anno in anno secondo le condizioni del mercato. 8° Decorrenza del concordato dal 1° luglio 1921.

Il Comitato Esecutivo della Federazione ha deliberato di invitare tutte le Sezioni a diffidare i futuri concorsi a condotte mediche che non contemplino la seconda indennità di caro-viveri mentre le Sezioni della provincia di Novara diffideranno i concorsi futuri che non saranno in armonia colle condizioni sopra specificate e che sono base delle trattative colle Autorità tutorie.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8870) *Concorso - Limiti di età.* — Dott. E. P. da G. — Per chi, come Lei, ha prestato servizio in precedente condotta, in qualsiasi qualità e sotto qualsivoglia nome, ha diritto ad essere ammesso al concorso per la nomina del medico-chirurgo condotto senza alcun limite di età, così come prescrive l'art. 27 del Regolamento per la esecuzione della legge sanitaria.

(8871) *Ricchezza mobile.* — Dott. G. T. da T. — Sul provento dell'esercizio libero professionale deve per ricchezza mobile corrispondere il tasso del 9 % se il reddito accertato non supera le lire 1667; del 10.50 % se non supera le lire 3000 e del 14 % se supera tal somma. Sul caro-viveri e sullo stipendio si deve corrispondere la R. M. in ragione dell'8.65 %. Tali limiti di tassazione furono imposti con il D. L. del 9 settembre 1917, n. 1546.

(8872) *Seconda indennità caro-viveri.* — Dott. G. L. G. da Z. — Circa la seconda indennità caro-viveri dovuta ai medici condotti occorre attendere che essa sia deliberata e concessa dai Consigli Comunali con le limitazioni e modalità stabilite con la circolare ministeriale del 18 aprile 1921, n. 15700-5. Nei casi di ingiustificato diniego dell'Amministrazione municipale o di disaccordo, si può utilmente invocare l'intervento della G. P. A. che fu già investita della funzione di sistemare gli stipendii di tutti indistintamente i dipendenti comunali. La decorrenza per tale seconda indennità caro-viveri è fissata al 1° giugno 1920 e la misura di essa è quella fissata dal 1° comma dell'art. 1° e dall'art. 2° del Decreto-Legge 3 giugno 1920, n. 737. Non vi sono altre indennità.

(8873) *Sessennii - Aumenti di stipendio.* — Dott. F. A. da O. M. — L'aumento di stipendio conseguito, distrugge effettivamente il sessennio, meno nel caso suo perchè col 31 dicembre erasi già compiuto il relativo periodo di guisa che al 1° gennaio, quando ha ricevuto l'aumento dello stipendio, questo era già stato accresciuto per effetto della maggior quota dovuta pel sessennio. In altri termini il sessennio fu da Lei conseguito col 31 dicembre 1919 e l'aumento dello stipendio fu acquisito posteriormente, cioè, al 1° del successivo gennaio.

(8874) *Concorsi per la nomina a medico condotto.* — Dott. F. B. da N. — I documenti si debbono inviare al Sindaco del Comune che bandisce il concorso con la relativa domanda. I documenti di rito sono: il certificato di cittadinanza italiana, l'atto di nascita, ed il certificato di penalità di data non anteriore a sei mesi avanti l'apertura del concorso.

(8875) *Pensioni - Periodo di servizio utile per conseguirle.* — Dott. O. C. da I. (12629). — Per poterle dire con sicura coscienza se e quanti anni potrà riscattare gratuitamente agli effetti della pensione e se e quanti anni di servizio potrà riscattare con pagamento di somma determinata, occorre che abbia la bontà di riprodurre la enunciazione dei servizii prestati, specificando se già è inscritto alla Cassa di previdenza governativa e, nella affermativa, da quale anno. Indicherà eziandio quale età ha attualmente e quale ne avrà all'atto del collocamento a riposo. Avvertiamo fin da ora che i servizii prestati presso i Comuni o presso altre pubbliche amministrazioni si provano mediante esibizione delle relative deliberazioni consiliari. Doctor Justitia.

Riforma alla Cassa Pensioni dei Medici condotti. — All'abb. n. 1691:

I lavori della Commissione tecnica per la Cassa di Previdenza per i sanitari sono quasi ultimati: dico quasi perchè la sottocommissione li ha già terminati del tutto ed è anche pronta la relazione per la Commissione plenaria che si adunerà il 1º luglio e crediamo potrà in qualche seduta condurre a termine i lavori.

Ci risulta che le richieste dei sanitari, le quali erano compatibili con la situazione finanziaria della Cassa, sono state quasi integralmente accettate. Delle altre non si è potuto che prenderle in benevola considerazione ed esprimere dei *voti* di adesione affinchè il Governo le accolga. Di più non era fattibile dagli amministratori che debbono contare sui fondi realmente esistenti e non su quelli, cui pure avendo moralmente diritto, non può valutare.

Ora è necessario che le organizzazioni sanitarie premano sul Governo perchè presenti alla Camera, nel più breve termine, il progetto di legge che verrà elaborato in base a gli studî della Commissione tecnica. G.

PUBBLICAZIONI PERVENUTE.

Ortali Cesare. *Sifilide e mercurio-coleolo.* — Roma, F. Centenari, 1920.

Bonola Francesco. *I postumi neuro-psichici tardivi dei traumatismi cranio-encefalici.* — Genova, 1919.

Bonola Francesco. *Le alterazioni dell'apparecchio coroideo-ependimale nelle sindromi da neoplasma intracranico.* — Reggio Emilia, 1920.

Minerbi Cesare. *Un segno fisico nuovo per la diagnosi obbiettiva diretta della nevrosi del cuore.* — Firenze, 1919.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Conferenza internazionale per lo studio e la lotta contro le epizoozie.

La necessità di ricostituire il patrimonio zootecnico, che in Europa, e sopra tutto nei paesi belligeranti, è stato più o meno fortemente depauperato durante la guerra ed il bisogno di soddisfare le imperiose esigenze alimentari delle popolazioni, hanno determinato un intenso commercio di animali da allevamento e da macello, il quale è venuto sviluppandosi anche tra paesi separati da grandi distanze.

I pericoli di natura sanitaria legati a questo largo eccezionale movimento di animali ed il fatto che da molti luoghi di provenienza non giungono tempestive e sufficienti notizie sullo stato sanitario del bestiame, suggerirono al Governo francese l'idea di farsi iniziatore di una Conferenza internazionale allo scopo di concordare, fra le Nazioni interessate, i provvedimenti indispensabili per prevenire la diffusione dei contagi epizootici.

Tale conferenza ha avuto luogo recentemente a Parigi con l'intervento di rappresentanti convenuti da ogni parte del mondo. Hanno aderito infatti quarantatre Nazioni, e cioè: America del Nord, Argentina, Austria, Belgio, Bolivia, Brasile, Bulgaria, Chilì, Danimarca, Repubblica Domenicana, Equatore, Finlandia, Francia, Germania, Inghilterra, Irlanda, Italia, Africa del Sud, Australia, India, Nuova Zelanda, Grecia, Haiti, Ungheria, Giappone, Lussemburgo, Marocco, Monaco, Nicaragua, Norvegia, Paraguay, Paesi Bassi, Perù, Polonia, Portogallo, Rumania, Serbia, Spagna, Svizzera, Svezia, Ceco-Slovacchia, Tunisia, Venezuela.

I lavori della Conferenza hanno assunto grandissima importanza sia per il valore dei problemi esaminati, sia per l'intervento delle più alte personalità scientifiche.

Hanno rappresentato l'Italia, il dott. Alberto Lutrario, Direttore generale della Sanità pubblica, ed il dott. Carlo Bisanti, capo della Divisione zoojatrica presso la detta Direzione generale.

Gli oggetti messi all'ordine del giorno della Conferenza sono stati i seguenti:

I. — *a*) Esame della situazione sanitaria internazionale e particolarmente della peste bovina, dell'afta epizootica e del morbo coitale maligno;

b) Scambio di informazioni riguardanti le malattie infettive; pubblicazioni di bollettini sanitari;

c) Eventuale creazione di un Ufficio internazionale permanente delle epizoozie.

II. — *a*) Misure sanitarie da adottare per gli animali destinati all'esportazione;

b) Stazioni quarantenarie.

Su tali questioni si svolse nella prima assemblea generale ampia discussione, durante la quale dalla delegazione italiana vennero comunicate due note, una relativa ad un episodio di peste bovina verificatosi nel Regno durante la guerra, e l'altra riguardante gli studi e le ricerche compiute per disposizione della Direzione generale della Sanità pubblica, sull'afta epizootica.

Le due comunicazioni suscitarono vivo interesse e raccolsero consentimenti unanimi.

La Conferenza stabilì, poi, di formare tre Commissioni, fra le quali ripartì la materia del programma, nel seguente modo:

PRIMA COMMISSIONE. — *Presidente*: prof. Leclainche, capo dei Servizi veterinari presso il Ministero Francese per l'Agricoltura. — *Relatore*: dott. Bürgi, capo dell'Ufficio veterinario Federale Svizzero.

Oggetto di discussione: Situazione sanitaria; informazioni sanitarie; bollettini delle epizoozie.

I. *Situazione sanitaria.* — *Peste bovina.* — La Conferenza espresse parere:

1° che in considerazione delle conoscenze incerte sulla resistenza degli animali recettivi e più particolarmente sul modo di reagire delle diverse specie, razze, individui, la importazione di ruminanti e suini da paesi ove domina la peste, costituisce un pericolo che giustifica il divieto di tale importazione;

2° che occorre intensificare le ricerche sperimentali sui modi del contagio, sulla recettività degli animali a seconda che essi vivono in paesi normalmente immuni od in altri nei quali la infezione suole dominare, sulla virulenza dei diversi prodotti animali, sui pericoli che possono risultare dai portatori di virus ed in generale su tutto quanto riguarda lo studio sperimentale della peste bovina.

Oltre a ciò su proposta del prof. Hutyra, rappresentante dell'Ungheria, venne fatta quest'aggiunta complementare:

«La Conferenza raccomanda che la profilassi contro la peste bovina sia basata sulle seguenti regole fondamentali:

1° Segnalazione telegrafica ai paesi vicini di nuovi focolai verificatisi in regioni immuni di un paese già infetto.

2° Come principio di massima, abbattimento obbligatorio dei bovini malati e di quelli sospetti clinicamente, ed anche abbattimento, nella più larga misura possibile, degli animali apparentemente sani ma sospetti di contaminazione, con pagamento di indennità larga ed immediata.

3° Proibizione di utilizzare prodotti virulenti o suscettibili di ricuperare la virulenza, per la immunizzazione di animali, in regioni immuni.

4° Divieto di produrre, a scopo industriale, sieri e vaccini contro la peste bovina nei luoghi immuni della malattia, fatta eccezione per gli stabilimenti scientifici posti sotto il controllo dello Stato».

Afta epizootica. — La Conferenza espresse il parere:

1° che siano proseguiti attivamente gli studi sull'afta in vista di conseguire metodi scientifici di cura e di immunizzazione del bestiame recettivo alla malattia;

2° che, senza portare alcuna restrizione all'indipendenza dei ricercatori, è desiderabile che relazioni attive siano stabilite fra i diversi laboratori specializzati nello studio dell'afta e che i risultati, volta a volta acquisiti, sia nei laboratori che nella pratica, siano comunicati, anche se negativi, agli interessati.

Morbo coitale maligno. — La Conferenza espresse il parere:

1° che una sorveglianza solerte e continua sia esercitata per l'eventuale accertamento di nuovi focolai di detta malattia, nei luoghi dove essa è stata riconosciuta;

2° che le ricerche riguardanti la cura, i metodi pratici di diagnosi e la persistenza del virus negli animali apparentemente guariti, debbono essere attivamente continuate ed i risultati comunicati, entro il più breve tempo, agli interessati.

Sullo stesso argomento la Conferenza prese atto delle seguenti proposte complementari del professor Von Ostertag:

a) che sia fatto il censimento di tutti gli stalloni esistenti nelle regioni minacciate dalla malattia, sottoponendoli a controllo sanitario mensile;

b) che nelle stesse regioni siano sottoposte alla medesima misura tutte le giumente ed asine che siano state montate o siano destinate ad essere portate dallo stallone.

II. *Informazioni sanitarie; Bollettini delle epizoozie.* — La Conferenza espresse il parere:

1° che la comparsa della peste bovina e la constatazione dei primi casi di afta epizootica siano comunicate telegraficamente, da parte dei paesi che ne erano immuni, a quelli confinanti ed all'Ufficio internazionale delle epizoozie, quando sarà costituito;

2° che bollettini periodici a stampa debbono essere redatti secondo un modulo uniforme, nel quale siano pubblicate le notizie sulla eventuale presenza ed estensione delle seguenti infezioni: peste bovina, afta epizootica, pleuro-polmonite essudativa dei bovini, carbonchio ematico, vaiolo ovino, rabbia, morva, morbo coitale maligno, peste suina;

3° che tali informazioni diano, per ogni provincia infetta, i seguenti ragguagli:

a) numero dei comuni e delle aziende agricole infette nel periodo al quale il bollettino si riferisce;

b) numero dei comuni e delle aziende colpite durante il periodo suindicato e, possibilmente, numero, per ogni singola specie animale, dei capi malati e sospetti;

4° che detti bollettini siano pubblicati il 1° e 15 di ogni mese, e siano spediti, al più tardi, non dopo il decimo giorno dalla loro pubblicazione, in modo che possano pervenire sollecitamente ai Governi ed alle loro Amministrazioni o Servizi interessati.

SECONDA COMMISSIONE. — *Presidente*: Sir Stewart Stakman, capo del Servizio veterinario inglese. — *Relatore*: dott. Carlo Bisanti, capo della Divisione zoojatrica presso la nostra Direzione generale della Sanità pubblica.

Oggetto in discussione: «Provvedimenti sanitari per l'esportazione degli animali».

La Conferenza espresse il parere che gli animali ed i prodotti animali capaci di essere veicolo di contagi dovranno, per l'esportazione, essere accompagnati da un certificato di origine e di sanità rilasciato, sotto la responsabilità del Paese

esportatore, da un veterinario di Stato od espressamente autorizzato dallo Stato.

Il testo di detto certificato sarà studiato in ogni Paese ed i differenti testi verranno esaminati in una ulteriore Conferenza, in maniera da poter addivenire alla redazione di un tipo unico di certificato da sottomettere all'approvazione dei rappresentanti dei Paesi aderenti alla Conferenza.

TERZA COMMISSIONE. — *Presidente*: dott. Alberto Lutrario, Direttore generale della Sanità pubblica. — *Relatore*: senatore Pottevin, membro del Comitato consultivo francese per le epizoozie.

Oggetto in discussione: «Eventuale creazione di un Ufficio internazionale per la lotta contro le epizoozie».

Riconosciuta pienamente l'opportunità di tale importante istituzione, la Conferenza così ne riassume il compito:

a) raccogliere, per portarli a conoscenza dei Governi interessati e delle rispettive Amministrazioni sanitarie, i fatti ed i documenti d'interesse generale riguardanti la diffusione delle malattie epizootiche ed i mezzi da impiegare per combatterle;

b) prevedere e coordinare, facendo appello alla collaborazione internazionale, tutte le ricerche ed esperienze interessanti la patologia e la profilassi delle malattie infettive degli animali;

c) studiare i progetti di accordi internazionali riguardanti la polizia sanitaria degli animali e mettere a disposizione dei Governi aderenti a tali accordi i mezzi per tradurli in atto.

L'Ufficio internazionale delle epizoozie dovrebbe sorgere a Parigi ed esser posto sotto l'autorità di un Comitato composto dai delegati tecnici dei diversi Stati aderenti, il quale sarebbe convocato almeno una volta l'anno.

Sarebbe desiderabile che detto Ufficio, previo consentimento dei Governi aderenti alla Convenzione internazionale sanitaria del 9 dicembre 1907, facesse parte integrante dell'Ufficio internazionale d'Igiene già esistente a Parigi.

La Conferenza, infine, emise il voto che il Governo Francese prepari uno schema di progetto della nuova Convenzione sulle basi delle conclusioni di cui sopra e che provveda a comunicare tale progetto, per l'opportuno esame, ai Paesi rappresentati alla Conferenza, invitandoli a designare sollecitamente i rispettivi plenipotenziari per la firma della Convenzione.

Il mandato per la preparazione dello schema di detto progetto venne, dalla Conferenza, affidato al dott. Lutrario, al senatore Pottevin ed al professor Leclainche.

Alla chiusura dei lavori il dott. Lutrario fu, per consenso unanime, designato ad esprimere al Ministero Francese per l'Agricoltura, che aveva inneggiato ai lusinghieri risultati conseguiti dalla Conferenza, i sentimenti di compiacimento di tutti i delegati per gli alti scopi raggiunti, per l'alto spirito di concordia che animò i varî dibattiti coronati da decisioni prese tutte ad unanimità, per la determinazione presa di creare l'Ufficio internazionale per la lotta contro le epizoozie.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Segue Provincia di *Potenza*.

Dott. Ferrara Luigi, del Comune di Francavilla sul Simini, L. 150 — Dott. Mazziotti Giacinto, del Comune di Gallicchio, L. 150 — Dottor Bruni Giustiniano, del Comune di Gorgoglione, L. 150 — Dott. Garaguso Francesco Paolo, del Comune di Grassano, L. 150 — Dott. Cecere Michelangelo, del Comune di Grottole, L. 150 — Dottor Martelli Luigi, del Comune di Guardia Perticara, L. 150 — Dott. Ferrara Francesco, del Comune di Irpina, L. 150 — Dott. Giaculli Francesco, del Comune di Lavello, L. 150 — Dott. Lella Domenico, del Comune di Matera, L. 150 — Dottor Grande Giacomo, del Comune di Miglionico, L. 150 — Dott. Robilotta Andrea, del Comune di Montemurro, L. 150 — Dott. Martone Attilio, del Comune di Montemilone, L. 150 — Dott. Cifarulli Antonio, del Comune di Montescaglione, L. 150 — Dott. Panzardi Giuseppe, del Comune di Noepoli, L. 150 — Dott. Filardi Rocco, del Comune di Oliveto Lucano, L. 150 — Dott. Scordaccione Giuseppe, del Comune di S. Arcangelo, L. 150 — Dottor De Bonis Ernesto, del Comune di Pietragolla, L. 150 — Dott. Sivilia Pietro, del Comune di Pietrapertona, L. 150 — Dott. Cammarota Paolo, del Comune di Pignola, L. 150 — Dott. Rogges Francesco, del Comune di Pisticci, L. 150 — Dott. Pacilio Salvatore, del Comune di Pomarico, L. 150 — Dott. Bellinfante Nicola, del Comune di Rovello, L. 150 — Dott. Jorio Cesare, del Comune di Rotonda, L. 150 — Dott. Fiore Giuseppe, del Comune di Ruoti, L. 150 — Dott. Corleto Donato, del Comune di Sasso Castaldo, L. 150 — Dottor D'Elia Giuseppe, del Comune di S. Angelo le Fratte, L. 150 — Dott. Adobbati Amedeo, del Comune di S. Martino d'Agri, L. 150 — Dott. Scalesa Giovanni, del Comune di S. Mauro Forte, lire 150 — Dott. Lonigro Lorenzo, del Comune di Terranuova di Pollino, L. 150 — Dott. Lanceri Pasquale, del Comune di Tito, L. 150 — Dottor Rotondano Pietro, del Comune di Trecchina, lire 150 — Dott. Gigli Giovanni, del Comune di Tricarico, L. 150 — Dott. Jannelli Giuseppe, del Comune di Vaglio, L. 150 — Dott. Scerre Francesco, del Comune di Campomaggiore, L. 100 — Dott. Paternò Giovanni, del Comune di Castelmezzano, L. 100 — Dott. Pagaria Nicola, del Comune di Salandra, L. 100 — Dott. Giliberti Paolo, del Comune di Saponara di Cremeto, L. 100 — Dott. Petroulli Giuseppe, del Comune di Spinoso, L. 100 — Dott. Vitale Antonio, del Comune di Teana, L. 100 — Dott. Caporale Vincenzo, del Comune di Viggianello, L. 100 — Dott. De Cuntu Vincenzo, del Comune di Viggiano, L. 100.

28. Provincia di *Siracusa*: Dottori: Marcellino Angelo, Francofonte, L. 500 — Pisasale Michele, Ferla, L. 500 — Zacco Rosario, Ragusa, L. 400 — Maltese Giuseppe, Scicli, L. 300 — Casi Michelangelo, Chiaramonte, L. 300 — Conforto Carmelo, Noto, L. 300 — Guarrella Giacomo, Ragusa Inferiore, L. 300 — Sipione Emanuele, Rosolini, L. 250 — Dierna Francesco, Vittoria, L. 250 — Salvo Arcangelo, Comiso, L. 250 — Messina Giuseppe, Palazzolo, L. 250 — Lino Gaetano, Avola, L. 200 — Alagona Sebastiano, Siracusa, L. 200 — Tartaglia Luigi, Sortino, L. 200 — Tartaglia Matarazzo Luigi, Cassaro, L. 200 — Quartarone Melchiorre, Spaccaforno, L. 200 — Muccio Vincenzo, Modica, L. 150 — Fazzino Paolo, Buscemi, L. 150 — Mineo Bartolomeo, Giarratana, L. 150.

CONCORSI.

ACQUAVIVA DELLE FONTI (*Bari*). — Poveri; L. 3000 (*sic*) iniziali, 4 quadrienni di L. 800 e 4 di L. 600; L. 1000 indennità laurea (*sic*); c.-v. Scad. ore 12 del 10 luglio.

COMO. *Deputazione Provinciale.* — Medico aiuto presso il Manicomio; titoli scientifici e pratici; L. 6700 (in corso aumento a L. 11,000); sei trienni del decimo; alloggio, mobilia e legna; L. 10 per ogni guardia. Scad. 11 luglio. Servizio entro 15 giorni. Chiedere annunzio al Segretario generale.

SANO (*Reggio Cal.*). — L. 4000 e 5 quadrienni del decimo; compensi e indennità previsti dal capitolato. Età limite 45 anni. Scad. 31 luglio. Informazioni dal segretario comunale.

SERIATE (*Bergamo*). — Consorzio con Albano-S. Alessandro-Pedrengo-Torre de' Roveri. A tutto il 20 luglio. Residenziale, circa 4500 ab. L. 14,300 circa complessive oltre i caro-viveri.

Medico chirurgo igienista provetto accetterebbe interinati in condotte non montuose, preferibilmente in Emilia o Romagne. Rivolgersi al dottor Umberto Carani - Scandiano (Reggio Emilia).

Medico lunga pratica ospedaliera cerca interinato remunerativo dal 15 luglio al 15 ottobre. Rivolgersi: Sig. Gentile Ludovico, Viale Principessa Margherita, n. 119, Roma.

Cercasi interinato nei mesi di luglio, agosto, settembre, preferibilmente in località marine. Scrivere: Dott. Bresci Viscardo, Via Serraglio, Prato (Firenze). Dott. Rodolfo Leonetti, Via Luigi Muzzi, Prato (Firenze).

Diffide.

Seconda condotta di Carignano (Torino).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nel concorso al posto di dirigente del Gabinetto radiologico degli Ambulatorii comunali di Milano furono dichiarati: primo il dotto. Sessa e secondi, a parità di voti, i dottori Guarini e Maffi; a quest'ultimo fu assegnato il posto dal Consiglio di amministrazione degli Istituti Ospitalieri.

Il prof. Orazio Caro è nominato grande ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia, per le benemerenze acquistate nell'organizzare e dirigere la difesa igienica di Napoli durante il periodo della guerra.

Il prof. Gabriele Tedeschi, pareggiato in Clinica medica nella R. Università di Napoli, è nominato grande ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia, su proposta di S. E. Labriola, Ministro del Lavoro.

Il prof. Pasquale Filadoro, libero docente in clinica dermosifilopatica presso la R. Università di Roma, con recente *motu proprio* del Re è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia. Rallegramenti cordiali al nostro amico.

NOTIZIE DIVERSE.

Onoranze al prof. sen. E. Maragliano.

Un Comitato costituito da allievi e presieduto dal sen. Queirolo si è proposto di festeggiare il 40° anno di insegnamento che il Clinico insigne ancora svolge con giovanile energia e sempre fervido entusiasmo.

Faranno parte del Comitato tutti i Clinici e Patologi italiani.

Le feste si terranno a Napoli in occasione del Congresso di Medicina interna nell'ottobre corrente anno.

Assicurazioni contro le malattie nelle nuove Provincie.

La *Gazzetta Ufficiale* pubblica un R. Decreto in data 24 aprile 1921, n. 606, che nelle nuove Provincie dà facoltà alle Casse ammalati di introdurre un aumento o ampliamento statutario delle prestazioni nell'assicurazione per le malattie, oltre la misura minima indicata nei paragrafi 6-8 della legge 20 novembre 1917, Bollettino leggi Impero, n. 457, nei termini seguenti:

1° Per gli assicurati il cui guadagno lavorativo superi L. 9 al giorno (L. 54 settimanali, L. 225 mensili) potranno essere introdotte ulteriori classi di mercede fino ad un massimo corrispondente ad una mercede media giornaliera di L. 26 al giorno.

Il complesso delle classi di mercede potrà, in tal caso, essere graduato, mediante opportuno spostamento nei limiti inferiori e superiori delle singole classi, in modo che risulti una scala di 12 gradini in tutto.

2° Il sussidio giornaliero di malattia potrà essere aumentato fino all'82.5 % della mercede media giornaliera delle singole classi di mercede però non oltre un massimo di L. 20, ed il sussidio funerario fino a 45 volte la mercede media giornaliera, però non oltre un massimo di L. 1000.

Congresso dei tubercolotici di guerra.

Il Congresso indetto dall'Associazione Nazionale Tubercolotici di Guerra per il 12-17 giugno scorso è stato definitivamente rinviato al 3-8 luglio corrente. Avrà luogo in Roma al Teatro Argentina e si dividerà in due Sezioni: la prima scientifica, nella quale verranno discusse le più importanti questioni interessanti la cura, l'igiene e la profilassi del triste male; nella seconda verranno risolte le questioni d'ordine organizzativo e tecnico. La manifestazione di questa categoria di reduci mutilati si annunzia assai importante, sia per il largo concorso di partecipanti, sia per gli argomenti che verranno svolti da relatori scelti tra i più noti e stimati tisiologi d'Italia.

L'ordine del giorno riguardante la parte scientifica reca i seguenti temi: I tubercolosi di guerra di fronte alla continuità dei riguardi della cura (prof. Breccia Gioacchino di Genova e Menotti Bucco di Napoli); La tubercolosi polmonare nei rapporti dell'assistenza individuale (Pensioni) e della difesa sociale (prof. Ronzoni di Milano); Forme tubercolari extra-polmonari nei rapporti con lo Stato (Pensioni) (prof. A. Fagiuoli di Verona); Collocamento e cooperative di lavoro per i tubercolotici di guerra (prof. G. Mendes di Roma);

La rappresentanza giuridica dei tubercolotici di guerra nei Consorzi antitubercolari e negli altri Enti parastatali (avv. V. Signorini di Torino).

La giornata antitubercolare di Roma.

Era indetta per domenica, 19 giugno, ma fu una giornata di più che 24 ore, perchè si prolungò anche per tutto il lunedì.

Lode va data, per l'organizzazione, anzitutto al comm. Mariotti, direttore dell'Ufficio centrale della Lega Antitubercolare, poi alle signore e signorine della Croce Rossa Italiana e del Comitato regionale, alle Dame di carità e ai ragazzi esploratori che gentilmente si prestarono per la questua.

Tirati i conti morali e materiali di questa modesta giornata, essa si dimostrò essenzialmente utile specialmente dal punto di vista «propaganda» in quanto ci provò lo stato di quasi assoluta incoscienza in cui vive la beata cittadinanza romana di fronte a un pericolo perpetuo, preoccupante, assillante com'è quello della tubercolosi.

Medicinali ai mutilati.

La Sezione Lombarda dell'Associazione mutilati ed invalidi di guerra si è rivolta al presidente del Consorzio Proprietari di farmacie, domandando che ai soci venisse accordato uno sconto. Il Consorzio ha fatto sapere alla Presidenza dell'Associazione mutilati che i proprietari di farmacia erano disposti non già ad assegnare solo uno sconto, ma a cedere ai mutilati i medicinali gravati del solo coefficiente di tabella. La Presidenza dell'Associazione mutilati ha vivamente ringraziato, ma ha pregato di voler limitare la concessione a cinque farmacie del Centro di Milano, onde potere, con frequenti verifiche, assicurare che i soci non abbiano ad abusare di tale concessione.

Ambulatorio femminile a Roma.

L'Ufficio Municipale di collocamento a Roma, col concorso della Croce Rossa Italiana, ha costituito un Ambulatorio medico femminile, al quale è preposta la dottoressa Gasca Diaz, coadiuvata dalla dottoressa Pisani e da volontarie della Croce Rossa. Possono ricorrervi tutte le donne, nei giorni di mercoledì e sabato, dalle ore 16 alle 17.30.

Conferenze di propaganda.

Il prof. R. Cassanello, primario chirurgo all'Ospedale di Spezia, ha tenuto presso l'Università popolare di questa città un ciclo di conferenze sulla patologia ed igiene professionale.

Il prof. comm. Simonetta, benemerito presidente del Collegio per gli Orfani dei Sanitari a Perugia, profittando della sua permanenza nella capitale dell'Umbria, tiene importanti conferenze di igiene individuale agli alunni di quelle scuole.

Congresso Internazionale di Sociologia.

È indetto a Torino per il prossimo ottobre. Tra gli altri temi in discussione segnaliamo i seguenti: Le assicurazioni sociali e la loro organizzazione internazionale; L'eugenica e la difesa sociale contro le malattie di guerra o accentuate dalla guerra; La legislazione internazionale del lavoro.

25° Congresso dei medici alienisti della Francia.

Si riunirà a Lussemburgo dal 1° al 6 agosto, sotto l'alto Patronato della Granduchessa e del principe Felix. I temi sono: «La coscienza dello stato morboso nei psicopatici» (rel. Logue di Parigi); «L'epilessia traumatica» (rel. Béhague di Parigi); «La simulazione delle malattie mentali» (rel. Porot di Algeri).

Dirigere le adesioni al dott. Lalanne, medico-capo dell'Asilo degli alienati in Mareville, presso Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Convegno della Società francese di ortopedia.

Il prossimo convegno avrà luogo a Strasburgo il 5 ottobre. I temi all'ordine del giorno sono: «Risultati lontani della riduzione incruenta della lussazione congenita dell'anca» (rel. Froelich di Nancy); «Le artrodesi del piede» (rel. Ombrédanne di Parigi); «Cura chirurgica delle anchilosi del ginocchio» (rel. Tavernier. di Lione).

Deer fly fever.

A Millard, nello Stato di Utah U. S. A., si osserva da qualche anno una forma morbosa che si inizia dopo la puntura di una mosca, con una linfadenite e una febbre settica della durata da 3 a 6 settimane.

In uno studio sistematico fatto su questa forma morbosa Francis ritiene dimostrato che l'agente patogeno è identico al B. tularense isolato da Mc. Coy negli scoiattoli di California affetti da una sindrome pestosa.

Il terreno di cultura più indicato è il tuorlo di uovo.

Scarlattina e difterite a Londra.

Nel decorso inverno si ebbero a Londra gravi epidemie di scarlattina e di difterite. Alla fine di ottobre se ne annoveravano nei varî ospedali rispettivamente 7458 e 2219 casi.

Una nuova malattia?

I giornali inglesi parlano di una malattia epidemica la quale non sembra rientrare nei quadri nosografici; è ad inizio non brusco e si manifesta con febbre ed eruzione cutanea di carattere allarmante; lascia una profonda prostrazione. Si crede che si tratti di una varietà di morbillo o di rosolia.

(*Medical Record*, 14 maggio 1921, p. 841).

Ambulatorio medico volante.

La Croce Rossa Canadese ha creato un ambulatorio montato su di un'automobile, che farà peregrinazioni per lo Stato preannunziando il suo arrivo nei varî Comuni.

Oltre la cura degli indigenti, l'ambulatorio avrà la funzione della propaganda tubercolare e pro-infanzia. Vi sono addetti quattro medici, un dentista e varie infermiere della C. R.; può montare estemporaneamente dodici letti.

Le Università Americane alla sig.ra Curie.

Il Presidente Harding ha consegnato alla signora Curie un grammo di radium, quale omaggio delle Università Americane.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Folia Gynaecologica, II. — G. Ballerini. Genesi del diabete insipido e delle poliurie gravidiche. — R. Balli e A. Fornero. Correlazioni funzionali interghiandolari del tessuto ormonico dell'utero sottoposto all'azione dei raggi X.

Annali di Clinica Medica, 15 aprile. — M. Barbàra. Le capsule surrenali nella febbre mediterranea. — U. Lombroso. Sul metabolismo dei grassi.

Annali d'Igiene, aprile. — V. Puntoni. La tossicità dei vaccini antirabici. — A. Scala. Lo stato dell'acqua negli esseri viventi.

Journal de Médecine de Paris, 10 giugno. — C. Rœderer. In margine alle gibbosità postiche. — N. Cojan. Stato della lingua nella scarlattina al momento dell'eruzione.

La Liguria Medica, 15 aprile. — E. Calcaterra. Terapia dei fenomeni neurotonici nei tubercolosi.

La Presse Médicale, 4 giugno. — G. A. Hymans van den Bergh. La ricerca della bilirubina nel plasma sanguigno.

Archives des Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang, maggio. — S. De Boer. Delirium cordis ed extrasistoli accumulate. — R. Lutembacher. Le dissociazioni auricolo-ventricolari mascherate. — Jollet e Caille. Stenosi totale dell'aorta toracica.

La Medicina Ibera, 11 giugno. — Recaséns. Le grandi metrorragie e loro trattamento.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, giugno. — Discussione sulla diagnosi e il trattamento della sifilide congenita. — Copiosa casistica.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 10 giugno. — P. G. Unna. Rosacea seborrhoica. — Hilgermann. Terapia ed eziologia degli eczemi cronici.

Journal des Praticiens, 4 giugno. — Uteau. Non vi sono più cistiti.

Le Scalpel, 28 maggio. — Numero sulla pielografia.

Acta Dermato-Venereologica, marzo. — J. Reenstierna. Ulcera molle sperimentale nella scimmia e nel coniglio. — W. Fischer. L'epidemia berlinese di microsporine. — H. Engleson. I nuovi preparati salvarsanici.

Medizinische Klinik, 5 giugno. — H. Quincke. L'edema acuto circoscritto e forme affini.

Berliner Klinische Wochenschrift, 13 giugno. — E. Gildemeister e W. Seiffert. Il pericolo anafilattico nella proteinoterapia. — F. Lesser. Guarigione spontanea della sifilide.

Brazil-Medico, 21 maggio. — A. De Vasconcellos. Terapia anti-anafilattica e malattie croniche.

Tubercolosi, aprile. — N. Sforza. Il pneumotorace rigido.

Giornale di Medicina Militare, 1 giugno. — A. Dionisi. La malaria delle terre redente.

Revue Neurologique, aprile. — A. Sezary. Patogenesi della paralisi generale e della tabe. — Ch. Houllion. Diskinesia professionale a forma parestesica.

La Presse Médicale, 8 giugno. — A. Gosset, G. Loewy e Mestrezat. La bile bianca, 15 giugno. — Didier e Philippe. La reazione emoclasica nella donna incinta normale.

Medical Record, 21 maggio. — A. Abrams. La natura elettrica dell'uomo.

La Médecine, maggio. — Numero sulla tubercolosi diretto da L. Rénon.

Annales de Médecine, aprile. — P. Lenoir, Ch. Richet fils e A. Jacquelin. Epatiti e nefriti secondarie all'ulcera gastrica. — G. Guillain ed E. Libert. La reazione di Piero Boveri nel liquido cefalo-rachideo.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 9 giugno. — M. Villaret, F. Saint Girons e Grellety-Bosviel. La tensione venosa periferica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

ANNO XXVIII   Roma, 11 Luglio 1921   Fasc. 28

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DIMOSTRATIVA DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA.

Forme rare di amebiasi latente e cronica.

La sindrome pseudo-malarica
La sindrome pseudo-tifica.

pel prof. GUIDO IZAR, direttore incaricato.

Il rilievo sempre più frequente di forme atipiche di amebiasi croniche e latenti evolventi con sindromi intestinali le più svariate, ma ancora con sindromi nelle quali i dati inerenti all'impianto del parassita nel tubo gastro-enterico sono appena segnalati da turbe enterocoliche in un passato alquanto remoto, ci ha indotto ad un accurato ed attento esame coprologico di quasi tutti i pazienti caduti sotto la nostra osservazione, sia come ricoverati nelle sale dell'Istituto che come ammalati di ambulatorio e di clinica privata. Più specialmente però la nostra attenzione si è attardata a tutte quelle forme morbose che presentavano fenomeni di risentimento da parte del tubo gastro-enterico. L'indagine sistematica ci ha permesso così di mettere in evidenza alcune forme rare di amebiasi. In una nota precedente (1) abbiamo illustrato una fra esse: la forma cachetizzante dell'amebiasi latente: qui vogliamo descrivere altre due forme rare. La prima per l'anemia che apporta e per la speciale curva termica che accompagna ogni singola recidiva si può chiamare amebiasi cronica recidivante a sindrome malarica: la seconda per la prevalenza di gravi sintomi a carico del tubo gastro-enterico e per la persistenza di temperature elevate spesso con sintomi cerebrali, si può identificare nella sindrome pseudo-tifica dell'amebiasi cronica e latente.

(1) Riforma medica, 1921.

SINDROME PSEUDO-MALARICA.

CASO I. — Barb. Francesca, d'anni 19, casalinga, da Canicattini.

A 16 anni affezione gastro-enterica con disturbi dispeptici e febbre continua durata 6 mesi. Successivamente febbre irregolare con rialzi termici serotini e diarrea muco-sanguigna. Posta dal curante diagnosi di malaria, trattamento chinoideo intensivo per due mesi senza risultato: remissione spontanea.

Dopo 5 mesi di relativo benessere ricomparsa di tutti i sintomi precedenti: anche questa volta la cura chinica, esperita pur essendo riuscita ripetutamente negativa la ricerca dei parassiti malarici, resta senza effetto: nuova remissione spontanea. 3 mesi fa, improvvisi dolori addominali a tipo colico con vomito e diarrea: da allora persiste diarrea (3-4 scariche al dì) con feci verde-nerastre emesse fra dolori colici e febbre irregolare, talora elevantesi fra brividi a 39°-40°, di regola però febbricola a 37°.5: lieve cefalea intermittente: ame-

norrea: notevole deperimento: astenia: emorragie gengivali.

4-8 1920. — Longitipo microsplacnica di magrezza impressionante: peso Kgr. 45. Cute ruvida, secca, cascante in pieghe: mucose pallidissime. Lieve smorzatura apice destro con respiro soffiante, non rantoli. Gengive arrossate, sanguinanti. Addome avvallato: sigma ispessito e dolente: trasverso pieno di liquido e gaz, dolente: ascendente e cieco poco dolenti, appena palpabili.

Sangue: emometria 60-eritrociti 3,600,000: leucociti 12,000: morfologicamente quadro di anemia secondaria: polinucleosi con eosinofilia (4 %).

Feci (da purgante): liquide verdastre, alcaline, con abbondanti frustoli mucosi. Pigmenti ematici assenti. Abbondanti residui alimentari, numerose cisti di entamoeba dysenteriae e forme vegetative con inclusioni di elementi ematici di un'ameba molto piccola, ad ecto ed endoplasma ben differenziati. Numerosi tricomonas.

Trattamento: dopo 24 ctgr. di emetina in 5 dì, il P. sale da 90 a 110, mentre la Pr. mx. scende da 110 a 80: dopo 30 ctgr. in 6 dì, P. 140, Pr. max. 70: senso di oppressione, tosse, lipotimie. Riposo per 13 giorni durante i quali vengono praticati 4 clisteri di 0.15 gr. di 914, poi 64 ctgr. emetina in 8 dì: ricomparsa disturbi circolatorî. Riposo per 40 giorni: poi 72 ctgr. in 9 dì: nessun disturbo: 30 capsule narsenol in 10 dì. Rivista il 18 ottobre: aumentata di 11 Kgr. di peso: completo benessere soggettivo: una scarica al dì formata: nelle feci da purgante assenza amebe e cisti. Si consiglia una nuova serie di gr. 0.60 emetina e narsenol.

Caso II. — Leone S., d'anni 56, da Palazzolo Acreide.

Malaria, difterite nell'infanzia. A 24 anni perniciosa malarica con postumi di profonda anemia. A 27 anni febbre melitense, poi completo benessere.

1919, settembre: turbe gastriche con dolenzia epigastrica; senso di malessere generale: lievi rialzi termici con qualche brivido: diarrea mucosa con due, tre scariche al dì. Posta diagnosi di malaria si inizia cura chinica in seguito alla quale compaiono imponenti disturbi gastro-enterici con 12-18 scariche mucosanguigne. Ricoverato in ospedale si insiste nella diagnosi di malaria con nefrite e si sottopone a nuova cura chinica e dieta lattea. Le turbe intestinali, pur diminuendo lievemente di intensità, persistono: si aggiunge profonda prostrazione, anemia, astenia.

Uscito di sua volontà dall'Ospedale dopo 6 mesi di degenza, rimane a casa per qualche tempo, poi chiede ricovero in questa clinica.

15 giugno 1920. — Lieve movimento febbrile con massimi a 37°.5: scariche frequenti (10-12 al dì) con muco e sangue: tenesmo. Notevole deperimento, pallore cute e mucose. Insufficienza mitralica compensata: arteriosclerosi diffusa. P. 100-110: Pr. 220 max. 110 min.: I. 0.14.

Addome pianeggiante: sigma teso, ispessito, dolente: trasverso teso, dolente: cieco pieno di liquido e gaz.

Feci con muco e sangue: numerose forme vegetative di entamoeba dysenteriae.

Urine scarse: D. 1032: albumina 0.5 ‰: cilindri.

Sangue:: emometria 65: eritrociti 3,600,000: leucociti 4,300: monocitosi: non eosinofilia: assenza parassiti malarici.

Nonostante la lesione cardiaca e renale, data la gravità del caso, si interviene con iniezioni di emetina.

17 giugno. — 13 scariche: 6 ctgr. emetina.
18 detto. — 2 scariche: 8 ctgr. emetina.
19 detto. — 0 scariche: 8 ctgr. emetina.
20 detto. — 0 scariche: 12 ctgr. emetina: debolezza: vertigini; tosse; P. 135: Pr. max. 140: tenesmo, emorroidi: stipsi ostinata. Purgante: adrenalina: sparteina: canfora.

La stipsi persiste sino al 23, poi si ha una scarica al dì formata. Rapido miglioramento generale: nelle urine solo tracce di albumina.

3 luglio. — Cisti di entamoeba nelle feci. Si riprende la cura con emetina e senza disturbo alcuno si inietta 1 gr. in 9 giorni.

Dimesso il 20 luglio in condizioni generali buone; tracce di albumina nelle urine: assenza amebe nelle feci.

Rivisto il 2 agosto e 18 settembre: persiste benessere: assenza amebe e cisti. Si consiglia nuovo trattamento con granuli di emetina e bismuto.

I casi riportati, sebbene esposti in forma schematica, sono troppo chiari per aver bisogno di ulteriore illustrazione. In entrambi l'aspetto generale dell'ammalato, l'andamento della curva termica, la frequenza della malattia nella regione, hanno fatto porre e mantenere per alcun tempo il diagnostico di infezione malarica nonostante la mancanza del tumore splenico, la nessuna efficacia della cura chinica e, pel primo caso, il reperto ematico negativo pei parassiti malarici.

Le turbe entero-coliche, unico dato che poteva indirizzare per altra via l'indagine clinica, furono anch'esse addebitate alla sindrome malarica.

Anche in questi casi il sospetto di amebiasi sorse in noi più per l'assenza di dati positivi che spiegassero un'infezione malarica che per la presenza di dati che deponessero in modo assoluto per un'infezione amebica, non potendo certo bastare a suffragio del diagnostico nè la presenza di diarrea, irregolare atipica, nè il rilievo di un sigma colon ispessito, dolente, accompagnato o no a lesioni del cieco e colon ascendente. L'esame delle feci, col riscontro dell'entamoeba dysenteriae, pose fine al dilemma: l'esito della cura specifica confermò la diagnosi.

Alcune considerazioni pratiche si possono trarre da questi due casi:

1° che tutte e due queste forme protozoarie, malaria e amebiasi, danno luogo ad anemia e cachessia, con un quadro ematologico e sintomatologico quasi eguale;

2° che l'eosinofilia è un reperto non costante nelle forme pure di amebiasi: quasi costante invece quando altri protozoi vi si associno;

3° che l'esame delle feci non va mai tralasciato in casi dubbi: dovrà anzi aver la pre-

ferenza sulla ricerca dei parassiti malarici nel sangue, perchè è il solo che può bastare in mancanza di altri elementi di giudizio per affermare od escludere l'esistenza di un'amebiasi.

SINDROME PSEUDO-TIFICA.

CASO I. — Gr. Ugo, d'anni 20, studente, da Siracusa.

1918-19. — Militare in Albania, soffrì a più riprese di diarrea muco-sanguigna: per questi disturbi non richiese però mai visita medica.

1920, 13 gennaio. Improvvisa enteralgia con diarrea verdastra ed intensa cefalea seguita da febbre elevata e continua a 39°: poi stitichezza: lingua suburrale: alito fetido. La febbre durò con oscillazioni fra 39° e 39°.5 per 15 giorni, acompagnandosi a delirio agitato, stato tifoso, cefalea persistente: poi rimette per lisi.

Con l'apiressia comparve dolore gravativo alla base del torace di destra irradiantesi alla spalla e sotto l'arco ostale destro.

8 febbraio. — Notevole deperimento; sintomi di ascesso epatico: 2 punture esplorative epatiche negative. L'esame radiologico mostra solo ingrandimento in toto dell'organo.

Nelle feci da purgante presenza di forme vegetative e cistiche di entamoeba dysenteriae. Sierodiagnosi per tifo, paratifi, febbre melitense negative; nessun rilievo offre l'esame morfologico del sangue all'infuori di lieve polinucleosi.

Trattamento emetinico durante il quale si fa spiccata l'intumescenza del fianco destro: la puntura esplorativa dà esito a pus caratteristico.

Trattamento: 1 serie gr. 1.05 in 9 dì; 2 serie: gr. 0.60 in 6 dì: 3 serie gr. 0.6 in 6 dì.

Riviste e riesaminate ripetutamente le feci non si notano parassiti: guarigione clinica e radioscopica dell'ascesso epatico.

CASO II. — Mell. A., d'anni 32, banchiere, da Catania.

1911. — Tiflite, poi peritonite diffusa: guarigione.

1917. — In servizio militare contrae ittero nelle trincee della Vertoiba.

1920. — Marzo: dopo un viaggio a Napoli, Palermo, Messina su piroscafo proveniente da Tunisi, dove fece le provviste di bordo, vivi dolori addominali con scariche alvine liquide e frequenti: tenesmo per 6 giorni: al 7° febbre. Ogni disturbo pare scomparire con la somministrazione di purgante.

4 ottobre. — Febbre a 38° senza brivido. Dopo 4 giorni dolori addominali diffusi accompagnati da scariche diarroiche frequenti (8-9 nelle 24 ore) e tenesmo. Febbre a tipo continuo. Contemporaneamente ingrossamento del fegato che si fa dolente alla palpazione: albuminuria. Ogni disturbo scompare gradatamente in 18 giorni circa: l'alvo si fa normale: anche l'aia epatica si riduce. Vien fatta diagnosi di febbre melitense.

3 novembre. — Ricompare febbre con diarrea. Dolori violentissimi alla regione epatica, con notevole ingrandimento dell'organo.

6 novembre. — Sierodiagnosi per tifo, paratifi, micrococco di Bruce negative; emocoltura negativa: ricerca parassiti malarici negativa. All'esame del sangue nessun rilievo all'infuori di lieve polinucleosi con eosinofilia (5 %).

11 novembre. — Esame feci (da purgante) negativo.

13 novembre. — Esame feci (da purgante) negativo.

22 novembre. — Esame feci (da purgante); presenza forme cistiche e vegetative di entamoeba dysenteriae: numerose forme vegetative di lamblia.

Esame obiettivo. — Notevole deperimento, astenia; pallore; sfregamento pleurico nel 5° spazio destro sull'emiclaveare: in questo punto dolore puntorio e dolore alla palpazione. Fegato grosso, molle, dolente sulla parasternale destra. Milza nei limiti. Addome poco trattabile, dolente. Sigma ispessito e dolente: colon trasverso ed ascendente disteso da gaz.

Trattamento e decorso. — 0.78 gr. emetina in 8 dì: alla fine della serie caduta litica della temperatura: persistono però temperature subfebbrili: poi 30 capsule di narsenol in 10 dì: in seguito granuli di emetina e bismuto (1 al dì) per 12 giorni.

Le condizioni generali migliorano: persistono però temperature sub-febbrili ed astenia: obbiettivamente fegato sempre ingrandito; molle, dolente l'ala sinistra.

L'esame delle feci il 14 ed il 20 dicembre mostra la persistenza di numerose cisti di lamblia: rare cisti di entamoeba dysenteriae.

1921, 31 gennaio. — 0.15 gr. novarsenobenzolo 3 volte la settimana per clistere: purgante salino 2 volte la settimana.

L'esame delle feci il 1° febbraio 1921 dimostra ancora cisti di lamblia, rarissime cisti di entamoeba dysenteriae.

Si prescrive una nuova cura con granuli di emetina e bismuto alla dose di un granulo al dì; dopo 6 granuli compaiono lievi disturbi motori agli arti di destra: la pressione arteriosa si abbassa. Interrotta la cura i fatti tossici si dileguano abbastanza rapidamente.

10 marzo. — Stato subiettivo di benessere: solo a lunghi intervalli il paziente accusa lieve senso di peso all'ipocondrio destro. Obbiettivamente: aspetto florido: sigma e trasverso appena palbabili: fegato nei limiti.

Esame feci (da purgante): numerose cisti di lamblia: assenza di cisti di ameba.

Nel primo caso la diagnosi si potrebbe così formulare: amebiasi cronica: riacutizzazione a forma pseudo-tifica: ascesso epatico.

Ad un anno di distanza da turbe enterocoliche di lieve entità insorge quasi improvvisamente un quadro grave febbrile con sintomi prevalentemente intestinali: diarrea, poi stitichezza: lingua suburrale: alito fetido. La febbre si mantiene elevata continua per ben 15 giorni, accompagnandosi a cefalea intensa, stato tifoso, delirio: poi rimette per lisi.

Qual meraviglia se il curante pone la diagnosi di tifo? A noi mancano i dati per stabilire se esistesse o no gorgoglio ileo-cecale, se fosse o no comparsa roseola, quali fossero i caratteri del polso, se fosse comparso tumore splenico: il nostro paziente ci riferisce solo la diagnosi posta dal medico ed i dati subiettivi. Ma l'esistenza o meno di questi sintomi, nulla aggiungerebbe di utile pel diagnostico potendo tutti mancare e trattarsi ugualmente di infe-

zione eberthiana. L'unico dato decisivo del quale non fu curato l'accertamento era la sierodiagnosi; noi l'abbiamo istituita alla fine del periodo di convalescenza e trovata negativa sia pel tifo che per i paratifi ed il micrococco di Bruce.

Potemmo così escludere in modo assoluto che la malattia decorsa col quadro di una infezione tifica fosse dovuta sia al bacillo di Eberth che ad un bacillo del gruppo dei paratifi od al micrococco di Bruce. E nel contempo escludemmo che la lesione epatica risalisse ad analoga origine.

Tornava naturale ricercare un'altra causa patogenetica e della sindrome epatica e della sindrome tifosa.

Risalendo nell'anamnestico fissano la nostra attenzione le turbe diarroiche insorte durante la permanenza in Albania. L'esame delle feci da purgante dimostra la presenza dell'entamoeba dysenteriae sia nella forma cistica che nella forma vegetativa, indice di lesione in atto.

La cura emetinica diede piena conferma al diagnostico e con la rapida guarigione dell'ascesso epatico e, fatto raro ma non eccezionale, con la riacutizzazione del processo epatico e conseguente dimostrazione del pus caratteristico.

Il caso appare tanto più interessante quando venga confrontato col successivo nel quale il decorso generale della malattia, ma specialmente l'andamento della curva termica si identificano quasi con quello di un'infezione paratifica.

Qui pure inizio brusco: per 18 giorni diarrea, febbre elevata, dolori addominali, poi apparente remissione di tutti i sintomi pur persistendo lo stato di malessere.

Dopo 8 giorni di apiressia ripresa della febbre e dei disturbi enterocolici: stato generale tifoso. La diagnosi verte fra infezione eberthiana, paratifica e melitense: le prove agglutinanti e culturali riescono negative: negativa pure la ricerca dei parassiti malarici.

La comparsa, o per meglio dire la ricomparsa, di ingrossamento del fegato con sintomi evidenti di un processo infiammatorio acuto (gonfiore, dolore, consistenza diminuita, sfregamento pleurico) prospettanti l'eventualità di un ascesso epatico (epatite presuppurativa del Rogers?), induce il curante ad un più accurato anamnestico. Si mette così in rilievo un fatto acuto enterocolico decorso sei mesi prima dell'insorgenza dell'attuale malattia, dopo un viaggio da Messina a Napoli su di un piroscafo proveniente da Tunisi e che quivi si era rifornito di viveri freschi.

Al terzo esame si riscontra nelle feci l'entamoeba dysenteriae e la lamblia.

Una prima serie emetinico-arsenicale migliora sensibilmente lo stato dell'ammalato facendo scomparire la diarrea ed il dolore epatico: persistono però al 19 dicembre lievi movimenti termici (massima 37°.2): ingrandimento del fegato: sigma inspessito e dolente: nelle feci rare cisti di entamoeba, numerosissime di lamblia.

Il successivo trattamento con granuli di emetina e bismuto e clisteri di 914 ha ragione sulle cisti di entamoeba ma non sulle cisti di lamblia, la cui persistenza, anche se il paziente si presenta attualmente in ottime condizioni generali e locali, consiglia di insistere nella cura.

In questo caso, oltre a rilievi analoghi a quelli esposti nel 1°, torna interessante e di pratico insegnamento il rilievo che ben due esami di feci siano riusciti negativi mentre un terzo è riuscito positivo. Questo fatto ci induce a ripetere ancora una volta « che prima di affermare l'assenza di amebe dalle feci fa uopo di numerose e ripetute ricerche in feci da purgante emesse in giorni successivi ».

NOTE E CONTRIBUTI.

Le iniezioni di calomelano nel tifo.

Dott. GUGLIELMO GALATÀ
maggiore medico nella riserva navale.

Nel 1917, in occasione di una piccola epidemia di tifo (9 casi), avutasi fra la popolazione civile di Grado (5000 abitanti), ebbi l'idea di sperimentare l'efficacia terapeutica del calomelano per iniezioni intramuscolari.

Il concetto dal quale mi lasciai guidare nello sperimentare questo metodo di cura fu quello di far giungere in circolo, in ammalati da infezione setticemica, un germicida che potesse esercitare un'eventuale azione terapeutica agendo direttamente sui germi, o indirettamente sull'organismo col rafforzarne i poteri di difesa.

Pensai di ricorrere ai sali mercuriali. E fra questi credetti di preferire il calomelano per via intramuscolare per varie ragioni: perchè i sali solubili di mercurio, e, più ancora, la via endovenosa, avrebbero potuto, per l'azione elettiva del mercurio sui reni, danneggiarli ancora più, quando essi sono già frequentemente lesi dalle tossine tifiche; per avere una azione frazionata, continua, è allo stato nascente del composto semiorganico solubile che viene a formarsi nell'organismo dal calomelano iniettato; e perchè, infine, la pratica della cura della lue dimostra quanto frequentemente le iniezioni dei sali mercuriali insolubili abbiano più energica efficacia dei sali solubili.

All'esperimento terapeutico furono sottopo-

sti sette ammalati, i quali presentavano tutti, con poche varianti, lo stesso quadro clinico di comune gravezza: temp. fra 38°.5 e 40°; in un caso enterorragia; in tre casi delirio spinto fino ad un vero e proprio delirio di azione; in cinque casi lieve albuminuria: dallo 0.3 allo 0.7 ‰.

L'accertamento sierodiagnostico fu eseguito presso il laboratorio batteriologico di Muscoli dal prof. Zironi.

Dalla nota che allora pubblicai (1) riproduco la tabella in cui furono elencati i 9 casi, con le date dell'inizio del periodo d'invasione, della cura e dell'apiressia e con la data e il risultato della sierodiagnosi.

Le iniezioni furono fatte alle regioni glutee e nella dose di 5 centigrammi, ogni tre giorni. Quattro iniezioni (1°, 4°, 7°, 10° giorno) furono sufficienti, in media, a far sparire, con la febbre, ogni altra manifestazione acuta del male. In un caso furono sufficienti due sole iniezioni (caso N. 4), in un altro, molto grave con enterorragia (caso N. 7), fu fatta una quinta iniezione e s'ebbe l'apiressia in 13ª giornata. Un caso (N. 8) recidivò dopo alcuni giorni in forma gravissima, ma, sottoposto di nuovo alla cura, guarì definitivamente, ottenendosi l'apiressia in 8ª giornata.

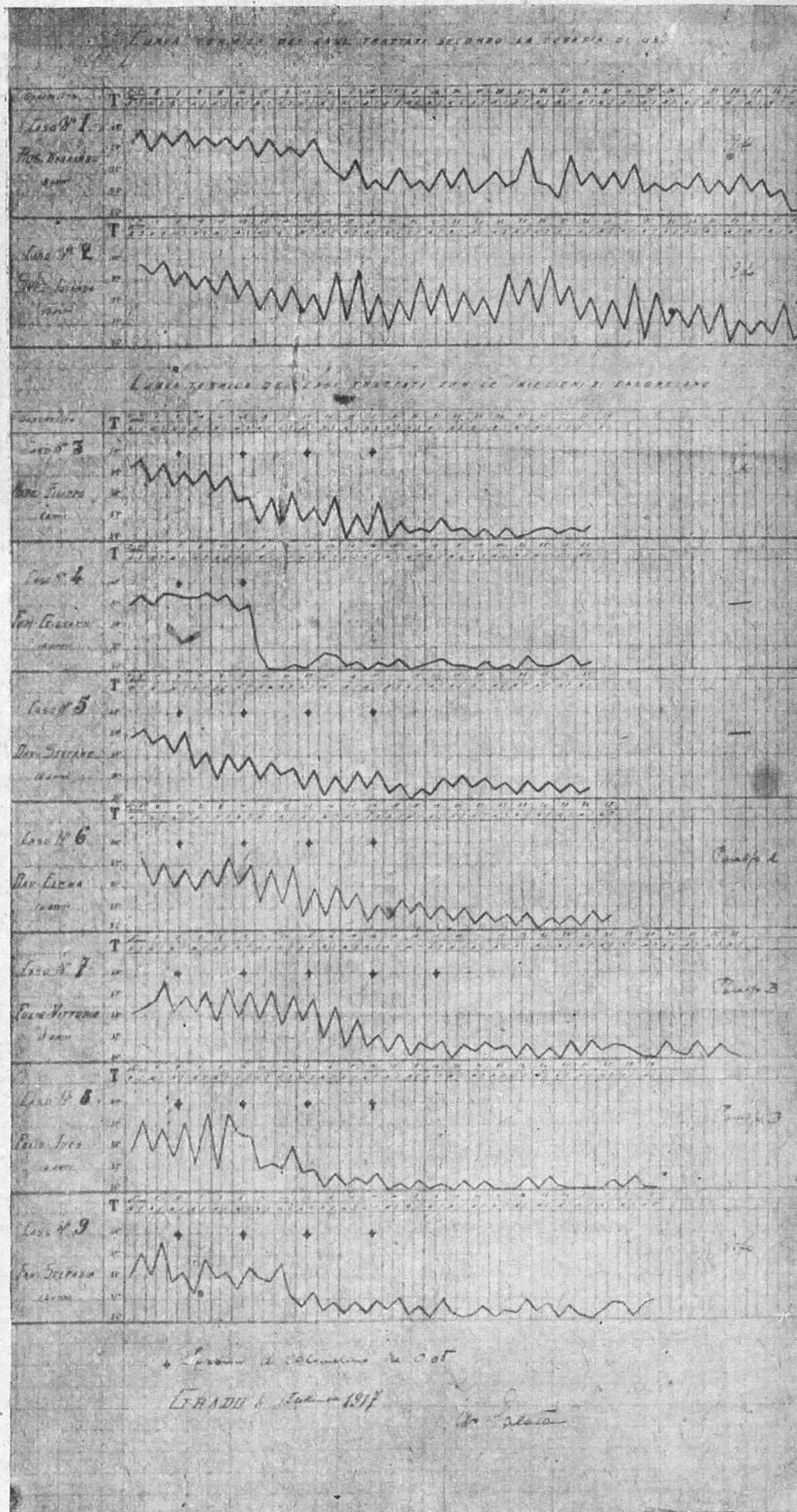
Numero	Età	Inizio inv.	Inizio cura	Apiressia	Sierodiagn.	Tifo	p. Tifo A	p. Tifo B
1	BB. 9 a	12-14, V	—	28, VI	10, VI	300	—	50
2	SI. 13 a	18-19 „	—	30, „	„	300	—	—
3	MF. 7 a	22-24 „	30, V	10, „	„	300	—	—
4	FG. 10	27-28 „	31, „	6, „	„	—	—	—
5	DS. 14	14-15, VI	19, VI	1°, VII	25 „	—	—	—
6	DE. 14	12-14 „	19, „	2 „	„	—	300	—
7	FV. 13	1-2, VII	7, VII	20 „	14, VII	—	—	300
8	FI. 14	5-6 „	12 „	19 „	„	—	—	300
9	FS. 15	6-7 „	12 „	20 „	„	300	—	„

Le iniezioni furono tollerate localmente in maniera perfetta, diversamente da quanto suole accadere nei luetici, a causa forse dell'ipertermia, e contrariamente, confesso, a ogni previsione.

Non solo non si ebbe mai un ascesso, ma non furono mai notate, neppure, le solite reazioni locali e le nodosità, che abitualmente sogliono residuare a dette iniezioni. Ugualmente contro ogni giustificata preoccupazione, la tolleranza renale fu non soltanto assoluta quanto ancora, nei 5 casi in cui preesistevano l'albuminuria e la cilindruria, queste andarono rapidamente scomparendo, insieme coi fatti acuti, verso gli ultimi giorni di cura (8°-12° giorno).

Non si ebbe stomatite, nè alcun altro disturbo generale.

A parte il regime dietetico e l'ingestione di molt'acqua a dosi frazionate (2-3 litri nelle



24 ore), nessuna cura complementare fu aggiunta a quella del calomelano.

Dal complesso dei risultati ottenuti, non potendo giungere ad affermazioni generali data l'esiguità dei casi, credetti soltanto di poter concludere, e sempre riferendomi ai sette casi curati:

« L'efficacia del calomelano per iniezioni intramuscolari non si è palesata subito. Soltanto

(1) *Annali di Medicina navale e coloniale*, anno 23°, vol. II, fasc. VII-VIII.

fra il quarto e il settimo giorno di cura (fra la seconda e la terza iniezione) la media febbrile della giornata è discesa di un grado, e lo stato generale, soprattutto nei sintomi nervosi, è sensibilmente migliorato. Molto più rapidamente risolutivo diventa il decorso fra il 7° e il 10° giorno di cura (fra la 3ª e la 4ª iniezione) avendosi quasi sempre in detto intervallo, o qualche giorno dopo la 4ª iniezione, una rapida caduta della febbre e degli altri fatti acuti ».

Questi risultati mi sembravano importanti, oltrechè per la uniformità degli effetti ottenuti in tutti e 7 i casi, per il netto contrasto di decorso fra essi e i primi due tifosi appartenenti alla stessa epidemia, i quali sottoposti alle cure consuete sfebbrarono soltanto in 6ª settimana.

Tuttavia, come ho detto, non potevo azzardare affermazioni generali, e tanto meno ipotesi sul meccanismo in azione.

* * *

Due anni dopo, nel 1919, ebbi l'occasione d'interessare il Direttore dell'Ospedale infettivi della Maddalena a Trieste, Dott. Marcovich, a voler ripetere l'esperimento terapeutico fra i numerosi tifosi ch'ivi vengono ricoverati; e n'ebbi cortese adesione. Incoraggiato dalla grande tolleranza locale e generale del calomelano nei precedenti casi, credetti opportuno di far portare la dose, negli adulti, a dieci centigrammi e di dividere l'esperimento in due gruppi, facendo le iniezioni, nel primo gruppo, con l'intervallo di due giorni fra esse, e, nel secondo gruppo, con l'intervallo di un giorno.

Trascrivo dalla succinta nota redatta dal dott. Urizio, aiuto dell'Ospedale, ch'ebbe l'incarico di sperimentare la detta cura, le conclusioni alle quali egli venne: « I casi di tifo curati con iniezioni di calomelano nel nostro Ospedale furono 62, di cui in 48 (cioè nel 77 %) si potè osservare una reale efficacia del metodo. Dei 48 casi, 15 furono curati con 0.10 di calomelano ogni tre giorni, e 33 con la stessa dose a giorni alterni. Dei 15, 11 sfebbrarono fra il 7° e il 10° giorno, (cioè fra la 3ª e la 4ª iniezione) e 4 furono apiretici fra il 4° e il 7° giorno (cioè fra la 2ª e la 3ª iniezione).

Dei 33 curati con iniezioni a giorni alterni, 26 sfebbrarono fra la 3ª e la 4ª iniezione e 7 fra la 2ª e la 3ª. Parallelamente all'azione del calomelano si potè osservare, quasi sempre, una rapida diminuzione del tumore splenico e una leucocitosi: ciò che porterebbe a far ammettere un'azione elettivamente batteriotropica. Mai furono osservate reazioni diafilattiche e il metallo fu tolleratissimo sempre, in ogni ammalato. Raramente, stomatite. Questi risultati sono confortanti perchè è già qualche cosa se noi possiamo diminuire di una diecina di giorni l'alta temperatura e il decorso dell'infezione ».

Pressochè agli stessi risultati si perveniva intanto da Colleghi che avevano sperimentato il metodo nella pratica privata.

* * *

Nel decorso anno, infine, sempre allo scopo di estendere la statistica dei casi curati, presi l'iniziativa d'inviare a vari ospedali del Regno una breve comunicazione sull'argomento con l'invito a volere sperimentare la nuova cura nei tifosi. All'invito non seguì generale l'adesione, ed era d'aspettarselo, sia per il ragionevole scetticismo nei nuovi metodi di cura, sia, fors'anche, per la diffidenza che dovevano ispirare le iniezioni di calomelano nei rapporti degli effetti locali e renali in individui ipertermici. Alcuni Ospedali, però, credettero di accettare l'invito ed ebbero la cortesia di comunicarmi, a fine d'anno, i risultati ottenuti; e di ciò rendo loro vive grazie.

Devo premettere che questa nota ha uno scpo pratico, e, d'altra parte, per le circostanze che hanno accompagnato i fatti che si espongono, essa non può essere compilata con la metodica scientifica che sarebbe desiderabile. Credo però che tale deficienza possa essere compensata dal complesso dei fatti ch'essa racchiude e spero anche che possa essere presto colmata da ulteriori contribuzioni.

Premesso questo, non mi rimane che riportare in un sommario resoconto le conclusioni inviate dagli Ospedali che hanno sperimentata la cura, anche se esso è troppo sintetico, perchè giudico che se le conclusioni inviate, isolatamente prese, potrebbero dir poco, prese invece nel loro insieme, data la uniformità del giudizio cui dalle varie parti si è pervenuti, possano avere non poca importanza.

Il metodo è stato dunque sperimentato in 13 Ospedali: Aquila, Belluno, Civitavecchia, Cremona, Este, Feltre, Lecco, Morbegno, Orvieto, Portoferraio, Portogruaro, Varese, Verona, con un totale di n. 234 casi.

Il risultato ottenuto ha pienamente confermato i risultati precedenti. Senza fare un elenco nominativo delle conclusioni dei suddetti Ospedali, data l'uniformità di esse ne riferisco riassumendole. Esse sono le seguenti:

1) andamento notevolmente più mite dell'infezione, fin dalla seconda iniezione;

2) rapida e notevole abbreviazione del decorso febbrile, con apiressia fra la terza e la quarta iniezione o qualche giorno dopo la quarta;

3) perfetta tolleranza locale, renale e generale del farmaco iniettato. In pochissimi casi, stomatite;

4) maggiore prontezza ed efficacia dei risultati nei casi all'inizio, e, in questi casi, assenza di deperimento organico.

La mortalità avutasi è stata di quattro casi sul totale di 234 (e cioè dell'1.7 %), di cui 3 per complicazioni bronco-polmonari già esistenti all'inizio della cura.

Circa gl'intervalli fra le iniezioni, alcuni hanno seguito il metodo delle iniezioni da 10 cgr. ogni 3 giorni ed altri quello delle iniezioni a giorni alterni (1). L'efficacia ottenuta da questi ultimi è stata notevolmente più rapida e sicura, mentre la tolleranza al rimedio è stata ugualmente perfetta anche da parte del rene.

* * *

Questi sono i fatti che io ho potuto raccogliere. E se mi sembrano importanti non risparmio loro, d'altra parte, le obbiezioni cui offrono il fianco, di cui le principali sono queste:

1) In un'infezione ciclica, l'accertamento dell'efficacia di un trattamento terapeutico richiederebbe, per tutti i casi, la conoscenza esatta della giornata di malattia in cui si ottiene la definitiva apiressia;

2) Data la variabilità di gravezza delle epidemie tifiche, occorrerebbe almeno, con unità di tempo e di luogo, stabilire esperimenti terapeutici di controllo;

3) In tutti i casi sarebbe necessario l'accertamento siero-diagnostico o culturale.

A queste giuste obbiezioni io non sono in grado di opporre, per la maggior parte dei casi, dati precisi, perchè dispongo di un campo di risposta limitato nei dettagli. Se però non è possibile dissipare per ogni caso i dubbi che si affacciano spontaneamente alla nostra critica, per abito sperimentale, mi sembra tuttavia che dalle conclusioni cliniche pervenute scaturisca sufficiente materia per ammettere una reale efficacia del metodo e per invogliare a prove più ampie e severe. Cito, ad esempio fra tutte, le due conclusioni seguenti:

Ospedale Maggiore di Cremona (dott. Fontana, 1919). «90 casi. I risultati ottenuti sono più che lusinghieri, e tali da superare quelli che si ottengono con i mezzi di cura in uso. Sopra un numero così rilevante d'infermi si sono avuti soltanto due casi letali per complicazioni bronco-polmonari preesistenti all'inizio della cura. Gli ottimi risultati avuti non sono da ascriversi alla benignità dell'epidemia perchè in altri reparti dello stesso Ospedale la cifra di mortalità fu assai più elevata. La malattia assume un andamento notevolmente più mite e più breve. Nessuna lesione è stata mai osservata a carico del filtro renale, come hanno dimostrato gli accurati e ripetuti esami delle urine».

Civico Ospedale di Lecco (prof. Pensa, 1920). «11 casi, di cui 5 gravissimi. Guarigione quasi sempre qualche giorno dopo la 4ª iniezione; in un caso, recidiva. Metodo semplice, pratico e rapidamente efficace. La malattia decorre assai attenuata anche nei casi inizialmente molto gravi. Non si sono avuti in alcun modo fenomeni di mercurialismo, renali o generali. Non esito a dirmi entusiasta del metodo e ad esprimere il voto che le iniezioni di calomelano finiscano col costituire la cura di scelta nelle iniezioni tifiche».

* * *

Riassumendo: dall'insieme dei primi risultati ottenuti nel '17 e di quelli successivi ottenuti nel '19 e nel '20, su di un totale di 303 casi finora raccolti, pur facendo ancora giustificate riserve, io credo che si possa fin d'ora aver fiducia nel divenire di questo nuovo trattamento dei tifosi. Anche se nella maggior parte dei 303 casi il giudizio è fondato più sulla sensazione clinica del risultato che su di un rigoroso controllo sperimentale, esso è però così uniforme e favorevole che non può non portare a quelle stesse conclusioni alle quali si è giunti nei casi in cui detto controllo non è mancato.

Naturalmente, perchè il risultato sia evidente occorre intervenire presto. Se s'interviene troppo tardi, se si sono formate vaste lesioni intestinali o si hanno complicazioni bronco-polmonari, l'efficacia della cura viene ad esser necessariamente frustrata. La ragione della più pronta e sicura efficacia nei casi all'inizio (1ª settimana del periodo d'invasione) può esser messa anche in rapporto, oltrechè al fatto generale, al fatto che solo nella prima settimana i germi del tifo si trovano in circolo e più facilmente quindi risentono l'azione del farmaco iniettato. Ma è, questa, soltanto un'ipotesi. Come criterio di condotta sperimentale bisognerebbe quindi preferire ammalati che non oltrepassino la prima decade del periodo d'invasione.

---

(1) All'Ospedale civico di Varese sono stati trattati due casi con iniezioni giornaliere da 10 cgr., col seguente risultato:

1° caso: 3 iniezioni in XII, XIII, XIV giornata. Apiressia in XVI g.;

2° caso: 3 iniezioni in XI, XII, XIV giornata. Apiressia in XVI g.

Circa gl'intervalli da porre tra le iniezioni, dev'essere preferito con tranquillità, dopo l'esperimento fattone, il metodo delle iniezioni a giorni alterni (I, III, V, VII g.). È bene però provvedere a tener lontana la eventuale stomatite con i soliti mezzi. La dose di ogni iniezione è per gli adulti di 10 cgr., per gli adolescenti di 5 cgr., e proporzionalmente meno per i bambini (1).

Se la febbre dovesse persistere dopo due giorni dalla 4ª iniezione bisogna farne una 5ª; e, nei casi tenaci, combattendo la stomatite se dovesse presentarsi, anche una 6ª. Se la febbre dovesse cedere prima di aver fatta la 4ª iniezione, è consigliabile, per evitare recidive, di farle ugualmente tutte e 4, ma ogni 3 giorni invece che a giorni alterni. Oltre che l'ingestione di molt'acqua a dosi frazionate (due-tre litri al giorno) non occorre aggiungere altro alla cura. Fare ipotesi sul meccanismo di azione del farmaco porterebbe lontano dall'indole di questo lavoro. Tuttavia, seguendo le recenti e razionali vedute del Wright per altri farmaci, si potrebb'essere propensi nell'ammettere ch'esso sia quello di un antigeno-chemioterapia non specifica.

Come già accennavo nella nota pubblicata nel 17, non sarebbe forse inopportuno estendere l'esperimento anche in altre setticemie, siano esse oppur no di origine intestinale, purchè a decorso rapidissimo (nel dermotifo, per esempio).

A titolo di semplice notizia riferisco che lo stesso metodo non mi ha dato alcun risultato in 12 casi di terzana benigna primitiva, nè ha dato alcun risultato al dott. Delpino (direttore dell'Ospedale di Civitavecchia), in un caso grave di endocardite subacuta da *streptococcus viridans*.

In due casi, invece, di poliartrite reumatica, ostinatamente recidivante anche dopo intense cure saliciliche, ho avuto rapida e definitiva guarigione.

Roma, giugno 1921.

(1) La preparazione che io ho adoperata è la seguente:

Protocloruro di mercurio	ana gr. 0.10
Guaiacolo	
Canfora	
Vaselina liquida	cmc. 1

RIVISTE SINTETICHE.

Arteriosclerosi gastro-intestinale.

Dott. FRANCESCO CURATOLO, assistente volontario nella R. Clinica Medica di Roma.

L'arteriosclerosi gastro-intestinale in questi ultimi anni ha assunto un quadro anatomo-clinico; però i limiti tra la forma gastrica e l'intestinale non sono bene conosciuti, sì da adottare spesso la denominazione comune di arteriosclerosi gastro-intestinale; infatti dinanzi alle molteplici sindromi addominali dolorose e accessionali si rimane incerti se attribuirle alle lesioni sclerotiche delle sole arterie gastriche o mesenteriche, o si tratti di sindromi gastriche od intestinali dipendenti da lesioni dell'aorta toracica o dell'aorta addominale.

Il reperto anatomo-patologico dell'arteriosclerosi gastrica fa rilevare le arterie gastriche alterate, i rami della piccola curvatura, e più i grossi che i piccoli, sono quasi sempre lesi; talvolta si è notato che l'arteria coronaria gastrica e le gastro-epiploiche sono indurite e calcificate. L'esame istologico talora ha messo in evidenza l'endoperiarterite generalizzata alle arterie dello stomaco, risultando in prevalenza l'endoarterite vegetante che riduce il vaso ad un cordone fibroso. I segni anatomo-patologici dell'arteriosclerosi intestinale sono dati dalle lesioni sclerotiche delle arterie mesenteriche, dell'iliaca comune e a volte dell'aorta addominale, essendo i detti vasi qua e là calcificati. Il mesenterio corrispondente all'ansa è indurito. I vasi nello spessore di esso si presentano pure induriti, rigidi, ispessiti e possono essere occlusi. Si riscontrano anche lesioni del sistema simpatico dipendenti o da un processo neuritico che dalle alterazioni sclerotiche dell'avventizia si propaga ai plessi ed ai filetti nervosi, o da un processo sclerogeno dei vasa-nervorum che produce lesioni a carico degli elementi nervosi che accompagnano i vasi mesenterici.

La sintomatologia dell'arteriosclerosi gastrica va raggruppata in tre forme:

1° *Forma gastralgica* in cui il dolore epigastrico si inizia in modo brusco, terebrante, profondo e dà senso di terrore e di morte. L'epigastralgia, spesso a riflesso sincopale, a volte è accompagnata a nausea, vomito ed a meteorismo gastrico. Il malato e pallido, ha gli occhi infossati, cerchiati, le estremità fredde.

Schwyzer cita un uomo di 45 anni sofferente di tali accessi, specie dopo i pasti. Durante un attacco violento morì ed all'autopsia si riscon-

trò gastrite cronica, sclerosi e calcificazione delle coronarie gastriche e gastro-epiploiche.

2° *Forma gastrorragica* in cui l'emorragia dipende o dalla rottura di piccoli aneurismi arteriosi determinatisi per lesioni sclerotiche, o dalle ulcerazioni gastriche, per necrosi anemica, e quindi di origine vasale.

Lewin illustra un caso: un operaio di 41 anni non luetico, non alcoolista, nè albuminurico, sofferente di anemia; nessun'altra malattia degna di nota. Non ebbe vomito, nè ematemesi, bensì persistente melena che lo condusse a morte. All'autopsia si notarono segni di arteriosclerosi diffusa e sulla superficie interna dello stomaco soluzioni di continuo ed un vasellino beante causa dell'emorragia.

3° *Forma dispeptica* che colpisce i soggetti piuttosto grandi di età; essi hanno una falsa anoressia perchè si astengono dai pasti abbondanti per l'effettò dannoso che determinano loro. Hanno senso di peso e di tensione dolorosa all'epigastrio, eruttazioni, a volte vomito alimentare, senso di torpore, di ottundimento, pesantezza cefalica, tendenza al sonno e facile oppressione respiratoria.

L'*arteriosclerosi intestinale* va distinta in *piccola* e *grande sindrome.*

La *piccola sindrome* comprende la *forma enteralgica,* o dispragia angiosclerotica intermittente intestinale di Ortner e *quella diarroica.* La *grande sindrome* è costituita dalla *forma ulcerativa* e da *quella trombotica.*

1° *Forma enteralgica* che si riscontra nei soggetti di età avanzata dediti all'alcool, alla birra ed al tabacco. L'accesso doloroso è il sintoma importante della malattia e le crisi generalmente si hanno durante la digestione. Il dolore parossistico, violento, è localizzato alla regione periombelicale e si irradia alle parti vicine; ha carattere di spasmo o di bruciore, è perforante o tensivo, quasi mai a tipo colico. Spesso si accompagnano eruttazioni, conati, e a volte vomito. I segni fisici fanno apprezzare l'arteriosclerosi diffusa e si nota una leggera tinta subitterica della congiuntiva bulbare. L'apparato cardio-vascolare presenta note cliniche arteriosclerotiche, il fegato è lievemente ingrandito e deborda dall'arcata costale, l'addome è meteorico, dolente alla palpazione. Si ha stipsi ostinata.

2° *Forma diarroica* che colpisce i soggetti anche di età avanzata con gli stessi precedenti anamnestici. I pazienti accusano dolori intensi, crampiformi, localizzati alla regione mesogastrica e irradiantisi all'addome ed agli arti inferiori. Hanno scariche diarroiche numerose, abbondanti e sierose; a volta nausea e vomito. All'esame obbiettivo si nota l'addome lievemente meteorico e si apprezza evidente peristaltismo.

3° *Forma ulcerativa* caratterizzata da scariche diarroiche in cui la quantità di sangue varia da siero-ematico a sangue puro. I pazienti sono in età avanzata e presentano precedenti morbosi arteriosclerotici evidenti. La malattia spesso è preannunziata da sintomi varii quali la crisi dell'angina di petto. Il quadro morboso comincia con dolori addominali in corrispondenza della regione periombelicale, conati, vomito alimentare acquoso o biliare e le feci sono nero-picee. I segni fisici addominali fanno notare discreto meteorismo.

4° *Forma trombotica* in cui predominano i disturbi dipendenti dall'infarto emorragico. Si hanno anche i segni netti del processo peritonitico. Gl'infermi sono avanzati negli anni, accusano un dolore improvviso ed atroce, come un colpo di pugnale, attorno all'ombelico che si irradia alle regioni lombari, indi si propaga a tutto l'addome; cadono in uno stato di grave prostrazione, hanno la faccia pallida, coperta di sudore freddo e nell'acme del dolore hanno vomito, diarrea, enterorragia e tendenza al collasso con polso piccolo e filiforme.

All'esame obbiettivo addominale si apprezza meteorismo poco diffuso e nelle parti inferiori dell'addome si nota una tumefazione allungata o rotondeggiante, di consistenza molle-elastica, spostabile, poco dolente e priva di movimenti peristaltici. Nella fase peritonitica i pazienti giacciono immobili supini, con gli arti leggermente flessi; hanno gli occhi infossati, nonchè singhiozzo e vomito con polso pure piccolo e filiforme. L'addome è fortemente meteorico e si nota difesa muscolare con rigidità delle pareti la cui palpazione è dolorosa. Bisogna fare menzione anche dell'*aortite addominale* che, sebbene si determini isolatamente, a volte suole accompagnarsi alla sclerosi dei vasi mesenterici. L'aortite addominale fu descritta come entità morbosa da Potain nel 1899, e già il Baccelli con la sua geniale intuizione clinica aveva molto tempo prima accennato a questa sindrome morbosa chiamandola, a somiglianza dell'angina di petto, « angina abdominis ».

Questa malattia colpisce con frequenza le donne nella media età perchè a quell'epoca la resistenza dell'aorta addominale è diminuita per le gravidanze, le ptosi viscerali, le alterazioni determinate dal busto, le flogosi ginecologiche, le lunghe fatiche compiute a corpo piegato in avanti (lavandaie, selciaroli, ecc.). Altre cause sono il reumatismo acuto, i raffreddamenti, le flogosi dello stomaco, degli

intestini ed infine i processi a carico dell'aorta toracica di natura reumatica, gottosa od arteriosclerotica.

I sintomi importanti sono:

1° L'ingrandimento dell'aorta addominale, a volte apprezzabile alla palpazione.

2° Il tratto addominale dell'aorta presenta una marcata deviazione consistente in una curva a concavità mediale rivolta verso la colonna vertebrale.

3° La facile mobilità dell'aorta, potendosi imprimere al vaso dei movimenti per il rilasciamento dei suoi legamenti.

4° Il segno della pedidia consistente nell'ipertensione di essa in rapporto alla pressione dell'arteria radiale.

5° La contrattura dei retti addominali.

6° Segni stetoscopici che fanno apprezzare un soffio sistolico nella regione epigastrica e precisamente in corrispondenza dell'aorta addominale.

Vi sono poi i sintomi accessori quali il dolore, le pulsazioni epigastriche ed i disturbi intestinali.

In quanto alla patogenesi dell'arteriosclerosi gastro-intestinale si ammette che per le lesioni dei vasi, nonchè per l'eccesso della funzione dell'apparato digerente si determina da parte del sistema nervoso vasale un'abnorme reazione nel senso di vasospasmo; si stabiliscono così per l'angiocostrizione difficoltà circolatorie là dove vi sarebbe bisogno di facile ed abbondante irrorazione, determinando il rapido insorgere del quadro morboso.

Per Lagane si tratta di un'ischemia più o meno completa gastro-intestinale dovuta alla lesione dei vasi e consecutiva all'eccesso della funzione gastro-enterica.

Questi fenomeni ischemici si traducono in fenomeni dolorosi con paralisi del segmento intestinale e meteorismo.

L'arteriosclerosi addominale e l'obliterazione dei vasi mesenterici in questi ultimi anni hanno meritato l'attenzione dei clinici; e però i trattati scientifici danno poco interesse alla sintomatologia che è quasi sconosciuta dalla maggior parte dei medici.

L'obliterazione dell'arteria mesenterica è, senza dubbio, la complicazione più grave dell'arteriosclerosi addominale. Le arterie intestinali possono ostruirsi bruscamente per embolia dipendente dai processi di aortite cronica e di endocardite, mentre la trombosi si deve quasi sempre all'endoarterite obliterante di natura arteriosclerotica.

Clinicamente si tratta di soggetti che soffrono di sclerosi delle arterie mesenteriche e l'infermità spesso assume l'aspetto drammatico con il presentarsi di un quadro gravissimo rapido che simula una perforazione, una peritonite od una emorragia interna e si ha un'occlusione intestinale che determina la morte.

Fernandéz Martinez cita un marinaio inglese di 30 anni dedito all'alcool ed al tabacco, che in pieno benessere fu colto da un forte dolore addominale a livello dell'ombelico; ebbe vomito incessante alimentare, mucoso, poi sieroso che divenne sanguinolente, cui seguì diarrea emorragica. L'addome era meteorico, dolente e la palpazione degli organi contenuti era impossibile. Il paziente che presentava i segni fisici della «facies peritonealis» entrò in coma e morì.

L'autopsia fece rilevare lo stomaco normale: non aderenze, non perigastrite, non suffusioni emorragiche, non tracce di perforazione, non alterazioni anatomiche, nè ulcera. Il suo contenuto era acquoso e leggermente sanguinolente. La maggior parte dell'intestino era normale; tranne un'ansa aumentata di volume, indurita, avente nel centro una superficie cancrenosa che occupava tutta la circonferenza del tubo intestinale della lunghezza di sei-otto centimetri ed emanava un odore straordinariamente fetido. Il mesenterio corrispondente era duro, ispessito, la vena era normale, l'arteria invece si presentava dura, rigida e in alcuni punti macerata. Il resto del mesenterio aveva l'aspetto ateromatoso. Il paziente era quindi affetto da arteriosclerosi addominale e la morte fu determinata dall'obliterazione di un ramo dell'arteria mesenterica.

Teissier sostiene che le infezioni intestinali croniche, l'enterite, la febbre tifoide e l'alcool assorbito attraverso il tubo digerente sarebbero i fattori capaci di determinare l'arteriosclerosi intestinale. Nel caso ultimo descritto l'alcool può essere preso in considerazione come causa dell'endoarterite obliterante dei vasi mesenterici.

***

Tra le affezioni parossistiche dell'addome la forma gastrica si distingue per il dolore epigastrico con le caratteristiche irradiazioni, per i disturbi dispeptici e flatulenti, per il vomito ed infine per le gastrorragie. La forma intestinale è caratterizzata da arrossamento della faccia durante la digestione, da pesantezza del ventre, da eruttazioni, da meteorismo ed ambascia addominale, cui segue il quadro drammatico rappresentato dal dolore violento a livello dell'ombelico, nausea, vomito mucoso, diarrea acquosa e melena.

La diagnosi differenziale con le crisi enteralgiche dei neurastenici, dei diabetici, degli ossalurici, dei tubercolosi, con i dolori addominali della pancreatite, del morbo di Pott, delle neuralgie radicolari e con le crisi intestinali tabetiche, si basa sopratutto sulle emorragie talvolta imponenti.

La prognosi non grave nelle forme enteralgica ed ulcerativa è gravissima in quella trombotica.

La terapia consiste nel trattamento comune dell'arteriosclerosi e si prescriverà lo ioduro di potassio o nitrato di potassio associato al nitrito di sodio, prescrizione raccomandata anche da Lauder Brunton contro l'ipertensione cronica arteriale.

Pr.

Nitrato di potassio	gr.	48
Nitrito di sodio	gr.	2

Mesci e fa' polv. S. dà ogni mattina una punta di coltello in un bicchiere d'acqua.

Pr.

Nitrato di potassio	gr.	5
Nitrato di sodio	gr.	1
Acqua	gr.	150

S. da 3 a 4 cucchiai da zuppa *pro die*.

Si può somministrare anche la teobromina con grande vantaggio.

Nella forma diarroica saranno utili gli oppiacei, in quella ulcerativa si raccomanderà il riposo assoluto e nella forma trombotica si consiglierà l'intervento chirurgico.

(Prof. C. FRUGONI. Rivista critica di Clinica Medica, anno 1912. — Dott. A. MUTO. *Contributo anatomo-patologico e clinico*, 1913. — Dott. F. FERNANDÉZ MARTINEZ. Revista Española de Medicina y Cirurgia, anno 1921).

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

L'ipertiroidismo.

(M. F. MORRIS. *Medical Record*, 22 gennaio 1921).

È uno stato morboso caratterizzato da eccessivo catabolismo di tutti i tessuti del corpo, dipendente da ipersecrezione dell'ormone fisiologico tiroideo. Esso è più frequente nel sesso femminile, fra l'età di 15 e 45 anni, specialmente nell'epoca mestruale, mentre è raro nei bambini e negli animali.

La secrezione interna tiroidea ha l'ufficio di regolare il metabolismo, di neutralizzare le sostanze tossiche, di sviluppare le glandole sessuali, di sistemare la circolazione, l'equilibrio della situazione endocrina, l'equilibrio emozionale. L'assorbimento di una quantità eccessiva di essa è la causa di quello stato morboso che noi chiamiamo Ipertiroidismo.

Quali sono, però, le cause che determinano tale ipersecrezione? Numerose; però si possono sintetizzare in due gruppi principali: tossiemie chimiche e tossiemie batteriche. La pilocarpina, il fosforo, la trementina e il nitrato d'argento tra i veleni chimici; la tubercolosi, la sifilide, la scarlattina, la tifoide, il vaiuolo, ecc. tra le tossiemie batteriche, sebbene non siano da dimenticare le autointossicazioni gravidiche, le infezioni tonsillari, dei seni nasali, dei denti cariati, dell'apparato genito-urinario, delle vie biliari, dell'appendice, le autointossicazioni gastro-intestinali.

Le tossine, quale che siasi la loro sorgente, sono quelle che stimolano la tiroide ad iperfunzionare, allo scopo di venir neutralizzate, chè l'autodisintossicazione è la funzione più importante della glandola tiroide. L'accresciuta secrezione tiroidea aumenta l'indice del ricambio, con il risultato di un aumento di prodotti catabolici circolanti nel sangue, i quali a loro volta stimolano per proprio conto ancora l'aumento della secrezione tiroidea, determinandosi così un circolo vizioso dal quale è difficile uscire.

I traumi psichici sono un'altra fra le cause più importanti d'ipertiroidismo. La paura, la collera, i profondi dispiaceri, i prolungati sforzi mentali, determinando strapazzo degli elementi cellulari nervosi, producono in grande quantità prodotti catabolici nervosi quali l'acido fosforico, la colina, la neurina alla quale la Tiroide è eccessivamente sensibile. Questa, per neutralizzare i veleni predetti, reagisce iperfunzionando con il risultato che l'ormone

tiroideo aumentato disturba profondamente le cellule nervose determinando catabolismo eccessivo della cromatina e dei lipoidi particolarmente della lecitina. Ecco un altro grave circolo vizioso, in cui come nell'altro dianzi descritto, tre principali veleni si disputano l'organismo: 1° quello che stimola l'ipersecrezione tiroidea; 2° l'ormone tiroideo stesso; 3° quello o quelli inerenti all'eccessivo catabolismo dei tessuti del corpo.

I sintomi dell'ipertiroidismo sono molto numerosi.

L'apparato circolatorio se ne risente assai. Palpitazione di cuore, dispnea, dolori anginoidi, tachicardia permanente, dilatazione di cuore con il reperto ascoltativo del rumore, pulsazioni dei grossi vasi al collo, polso rapido e filiforme, polso capillare, aumento della pressione sanguigna qualche volta, reperto ematologico di anemia con leucopenia e linfocitosi, sono spesso la maniera con la quale il sistema circolatorio reagisce all'ormone tiroideo eccessivo.

Non meno se ne risente il sistema nervoso. Il tremore è fine, a tipo intenzionale, che in alcuni gravi casi si estende a tutto il corpo; i riflessi sono aumentati; sintomi isterici; sintomi neurastenici; allucinazioni; iperattività dei centri intellettivi o, il contrario, depressione, apatia; melanconia; impulsi suicidi e omicidi, fino la pazzia a tipo maniaco-depressivo, possono formare l'importante corteo sintomatico.

Anche altri apparati reagiscono: il digerente con nausee, vomito, dolori addominali, diarrea, ipercloridria e gastrosuccorrea; il sessuale con impotenza al coito, dismenorrea, menischesi; il visivo con spasmodiche contrazioni della palpebra superiore allorchè si fa il primo tentativo di guardare un dito, con allargamento della rima palpebrale, con esoftalmo, con paralisi dei muscoli oculari, con particolare lucentezza e stralunamento o spaventata espressione dell'occhio; il cutaneo con arrossimento della pelle, con t. aumentata, con aumento di sudorazione. V'è, caratteristico, aumento dell'indice metabolico basale dal 10 % al 100 %; si ha perdita di peso graduale e spesso assai forte; esiste debolezza muscolare.

La glandola tiroide alle volte è manifestamente aumentata di volume, ma lo è sempre, almeno in piccole proporzioni; molle; compressibile; dolente; non di rado pulsante.

Per la diagnosi vi sono alcuni mezzi tecnici di grande valore di accertamento. Già è stato ricordato l'indice metabolico basale. La prova dell'adrenalina è anch'essa importante: l'iniez. ipodermica di 8 gocce di adrenalina al ‰ aumenta la velocità del polso e la pressione sanguigna, con una prima caduta, quindi un successivo aumento, e finalmente un ritorno al normale entro un'ora e mezza; si esagerano eziandio i sintomi ipertiroidici. L'instillazione congiuntivale di dette 8 gocce, per lo più dà midriasi. V'è la prova dello zucchero: **100 gr.** di glucosio in un individuo normale non dànno glicosuria, ma in un individuo, anche sulla soglia dell'ipertiroidismo, cioè senza essere un ipertiroide avanzato, determinano nella glicosuria. chè gl'ipertiroidici hanno scarsa tolleranza al glucosio.

Nella cura dell'ipertiroidismo bisogna, naturalmente, ricercare anzitutto la causa dell'ipersecrezione per eliminarla, cioè ricercare il focolaio di cronica infezione e curarlo, ricercare il movente psiconervoso e con la psicoterapia, la dieta, il riposo neutralizzarlo. Alcune misure igieniche sono sempre utili: la nutrizione abbondante e conveniente, ambiente tranquillo e piacevole, temperatura mite, bagno a spugna due volte al giorno, ghiaccio sulla tiroide e sul cuore, acqua da bere salubre e abbondante, faranno bene in ogni caso. Riguardo alla dieta è da osservare che tutte le carni debbano essere proibite, perchè, come il Walter ha dimostrato, una dieta ricca di albumine stimola la secrezione della Tiroide, mentre una dieta indrocarbonata, secondo gli studii del Rudiger, attenua la secrezione suddetta. Gli alcoolici, il the, il caffè e tutti gli stimolanti sono nocivi.

Riguardo ai medicamenti, bisogna con essi proporsi la riduzione della secrezione tiroide e la ricostituzione dei tessuti del corpo. Tra i primi, i vasocoscrittori meritano la precedenza: il bromidrato di chinina, l'ergotina e anche i salicilati, quindi l'estratto pituitario, l'adrenalina, la scopolamina e la sparteina. L'arsenico deprime le funzioni della Tiroide. I bromuri, il veronal, il solfato di magnesio o di sodio coadiuvano bene. Le acque alcaline, specie di Vichy, neutralizzano l'acido fosforico che si mette in libertà nel sangue. Tra i secondi sono da annoverarsi la lecitina, l'estratto della ghiandola timo, le nucleine cariche di fosforo, le animelle di vitello, il ferro.

La psicoterapia è sempre benefica, se pure non è in alcuni casi strettamente necessaria, come p. e. allorquando qualche errore mentale, qualche dolore di cui non ci si renda conto, qualche ansia recondita, qualche colpa segreta non venga provata di essere la radice del male. Solo col guadagnarsi la fiducia completa del paziente si potrà essere in condizione di scoprire la vita interiore di esso e di correggerne le deviazioni pregiudizievoli.

La roentgenizzazione è ottimo mezzo per

frenare la secrezione della tiroide: il tremore diminuisce, la tachicardia rallenta, il peso del corpo cresce. Bisogna stare attenti al dosaggio, che ogni radiologo saprà determinare. Contemporaneamente bisogna irradiare anche il timo. L'uso del radium è efficace sulla tiroide: gli effetti sono gli stessi dei raggi X; anzi esso può riuscire là dove i raggi X non sono riusciti e viceversa.

L'iniezione di acqua bollita entro la tiroide, secondo il Porter, per quanto si dica che abbia giovato, per il fatto che ha già provocato tre casi di morte, è da rigettare. Il Watson riferisce risultati incoraggianti con le iniezioni di cloridrato di chinina ed urea.

La chirurgia interviene con l'estirpazione della tiroide, il che è indicato solo quando ogni altro mezzo sia riuscito inutile, ovvero sintomi da compressione, o di degenerazione maligna siano apparsi. In ogni altro caso bisogna andare piano, e non giudicare della bontà di un intervento solo sulla base del percento di mortalità, ma più ancora del percento di efficacia curativa che ora si aggira a stenti intorno al 30 %. Il compito principale del chirurgo in avvenire sarà piuttosto quella di rimuovere le cause dell'ipersecrezione tiroidea.

Infine la diagnosi d'ipertiroidismo che bisogna saper fare per differenziarlo dagli stati pretubercolari, dalla neurastenia, dalle cardiopatie, occorre che sia fatta presto, e non aspettare che il male s'invecchi. Si ricordi sempre, però, che oggi abbiamo mezzi obbiettivi per stabilire detta diagnosi, e cioè il saggio dell'indice metabolico basale, quello dell'adrenalina, e quello della tolleranza al glucosio.

N. GENTILE.

CHIRURGIA.

Operazioni e rioperazioni nella calcolosi biliare.

(DEAVER. *Journ. of the Amer. med. Association*, 1920, n. 16).

Benchè assai discussa negli ultimi anni, la questione del ripresentarsi dei sintomi negli operati per calcolosi biliare richiama sempre l'attenzione degli studiosi, e merita perciò di essere ricordato un articolo che sull'argomento pubblica il Deaver, di Filadelfia.

Questo autore già nel 1916 aveva riferito su più di 1000 operazioni eseguite sulla cistifellea e sui dotti biliari, di cui il 4,07 % erano casi di rioperazioni, ed alcune erano anzi al terzo intervento.

Da allora ad oggi sono capitati sotto le cure del Deaver altri 800 casi, di cui l'8.50 % (cioè 70 casi) per una seconda o terza operazione.

Di questi 70 casi di reintervento, 51 erano stati precedentemente operati da altri chirurghi ed i restanti 19 dallo stesso Deaver.

Aggiungeremo qualche notizia più precisa su questi 19 casi. Il nuovo intervento fu richiesto in 8 casi dopo colecistostomia (su un totale di 78 casi sottoposti a questo trattamento), 1 dopo coledocostomia (su un totale di 11 casi operati) e 10 dopo colecistectomia (su un totale di 611 casi).

Nei casi, che furono drenati, il massimo intervallo fra le due operazioni fu di 14 anni e il più breve di un mese; dei pazienti, che avevano avuto la cistifellea asportata, alcuni stettero bene per un massimo di due anni, mentre la metà richiesero il reintervento già durante la convalescenza.

Tornando ora ai 70 casi di rioperazione, noi troviamo che le condizioni patologiche più frequentemente notate dopo gli interventi furono le aderenze (39 volte) mentre la più frequente causa del ripresentarsi dei sintomi fu provato essere data dalle aderenze (26 volte); seguono poi in ordine decrescente la persistenza di un'infezione colecistitica (17 casi), l'ostruzione del coledoco (10), la fistola biliare (9), la pancreatite cronica (8), la linfangite del pancreas (6), l'angiocolite (6), la dilatazione del coledoco (4), la fistola duodenale (2), il carcinoma del pancreas (2), della cistifellea (2), la stenosi dell'ampolla del Vater (2). In alcuni casi si presentarono contemporaneamente parecchie delle summenzionate condizioni.

Ed ora il Deaver analizza un po' più partitamente queste cause di recidiva clinica e operatoria.

Aderenze. — Notate nel 52 % dei casi recidivati. Le aderenze dannose e che si rivelano con sintomi clinici sono principalmente quelle che si producono dopo una colecistectomia e legano alla faccia inferiore del fegato il duodeno, e con esso sovente il piloro, il grande omento e la flessura epatica del colon. Generalmente i sintomi di questo stato morboso si manifestano solo dopo un certo tempo, quando le aderenze si sono organizzate e retratte. In rari casi però sono precoci e già 1-2 settimane dopo l'intervento rendono impossibile l'alimentazione e dimostrano un ristagno gastrico. In tali casi la gastroenterostomia posteriore produce una rapida e stabile guarigione.

Non è infrequente che si stabiliscano comunicazioni fra i dotti biliari, lo stomaco e il duodeno, con esito in ostacolo al progredire del contenuto gastrico.

Quando si ha un'ostruzione duodenale o pilorica (la duodenale è più frequente) è più sicuro consiglio ricorrere alla gastroentero-

stomia anzichè al distacco delle aderenze. Sappiamo infatti quanto queste tendano a recidivare allorchè le superfici cruentate non possono esser coperte col peritoneo. A volte tutti i visceri sono impaccati in una massa irriconoscibile e si corre il rischio di ledere specie il duodeno o il colon. In rari casi può servire di copertura il grande omento. Il Deaver insiste assai sull'importanza di una escissione della cistifellea fatta a regola d'arte, con cura e secondo le norme anatomiche per impedire la formazione di aderenze, che seguiranno ad ogni maltrattamento od offesa dei tessuti. Così, come vedremo fra breve, la mancanza di attenzione nel pinzettare il dotto cistico o l'arteria cistica, può portare a trauma dell'epatico o del coledoco, che saranno poi causa di stenosi. È meglio in molti casi difficili fare un semplice drenaggio ed esporre il paziente ad una recidiva calcolosa, che procurargli aderenze o stenosi dei dotti. L'autore non ha mai trovato, su l'esperienza di centinaia di casi, fondata l'idea che il ripiegamento dei dotti biliari dovuto ad aderenze o ad un rene mobile possa esser causa di sintomi di colelitiasi. Dopo un drenaggio possono avere aderenze, ma esse non sono mai così dannose come dopo una colecistectomia fatta con poco garbo ed accuratezza.

Formazione di nuovi calcoli. — È la seconda causa, in ordine di frequenza, del ripresentarsi dei disturbi. Salvo rare eccezioni i calcoli trovati nel secondo intervento erano già presenti al momento del primo, se pure tutti i calcoli palpabili o afferrabili col cucchiaio sono stati rimossi. È notorio — e si vede spesso aprendo la cistifellea ectomizzata — che esistono piccoli granuli calcolosi aderenti alle pareti delle vie biliari ed annicchiati nella mucosa; essi possono sia nei casi di drenaggio sia nelle asportazioni divenire il nucleo di nuove concrezioni, e a volte, quando si tratta di colecistectomizzati, bisogna pensare che calcoletti esistenti nei dotti alti intraepatici discendano in secondo tempo nell'epatico o nel coledoco; quivi — in un periodo di tempo di cui non possiamo fissare alcun limite — ingrandiscono, fino a divenire ostruenti pel deflusso della bile. Queste recidive calcolose — che seguono il primo intervento con un intervallo variabile — possono a volte esser previste, quando il chirurgo scopre un calcolo più o meno alto nei dotti e non riesce a rimuoverlo, oppure quando lo mobilizza ma poi lo perde, od infine quando si trova nelle vie biliari abbondante fango calcoloso, se si mantiene un lungo drenaggio.

Colecistite cronica. — È la terza causa di recidiva del male. Non è difficile a diagnosticare coi segni fisici e spesso è la causa di turbe dispeptiche. Nei casi dubbi si cercherà il soccorso diagnostico ai Raggi X o agli esami di laboratorio: ed assodata l'esistenza della flogosi si ricorrerà all'atto operativo. L'A. insiste sul concetto, diffuso fra i medici americani, che la cistifellea ammalata possa esser sede di germi, che poi si disseminano nell'organismo.

Altre cause di recidiva. — Comprende questo capitolo dieci casi di occlusione non calcolosa del coledoco, sei volte dovuta a stenosi, tre a cicatrice, ed uno ad ulcera.

Il trattamento curativo, qualunque sia la natura dell'ostacolo, è sempre chirurgico. Nelle stenosi anulari o lineali, si richiede l'apertura del coledoco e il drenaggio con un tubo a T; a volte può farsi la resezione con l'anastomosi capo a capo, e, quando la stenosi è troppo vicina al duodeno, la coledoco-duodeno-anastomosi.

Le fistole biliari sono conseguenti all'operazione solo quando esistono ancora calcoli nel coledoco (rarissime nei neoplasmi); allora non c'è altra via, per farle chiudere, che la rimozione dell'ostacolo al deflusso biliare. Più gravi sono le fistole duodenali, che richiedono la resezione o la gastroenterostomia, ma sono di prognosi assai oscura.

In 14 casi, sui 70, il Deaver si trova di fronte ad una flogosi cronica del pancreas. Bisogna ricorrere al drenaggio, e se per lo stato anatomopatologico della cistifellea e del cistico la colecistostomia non è possibile bisogna stabilirla attraverso il coledoco.

Un drenaggio dei dotti biliari va stabilito anche nelle angiocoliti, e mantenuto per parecchie settimane (a volte per anni). La via di elezione per stabilire questo drenaggio è la colecistostomia; altrimenti la colecistoduodenostomia o il drenaggio del coledoco.

Il caso di stenosi non neoplastica della papilla del Vater fu trattato mediante dilatazione attraverso il coledoco inciso.

Il Deaver conclude dimostrando che esiste una notevole differenza nella frequenza delle recidive fra la chirurgia radicale della cistifellea e quella conservativa, sì da non esservi, secondo lui, dubbio nella scelta, perchè solo la prima offre una certa sicurezza di stabile guarigione.

g. sabatini.

NOVA THERAPEUTICA.

Le applicazioni terapeutiche del benzoato di benzile.

(L. CHEINISSE. *Presse médicale*, 9 ottobre 1920).

D. Macht, studiando gli effetti degli alcaloidi dell'oppio, ha trovato che in quelli del tipo della papaverina, l'azione antispasmodica è dovuta alla presenza del gruppo *benzile* nella loro molecola; egli ha quindi tentato di utilizzare questa proprietà antispasmodica, eliminando gli effetti tossici degli alcaloidi dell'oppio, ciò che si ottiene usando il benzoato di benzile.

Gli stati morbosi che egli ha così trattato con successo sono: il peristaltismo esagerato dell'intestino (dissenteria e diarrea), l'enterospasmo sia di origine postoperatoria, sia dovuto ad altre cause, il pilorospasmo, di natura funzionale o dovuto a presenza di ulcera o di tumore, la costipazione spasmodica, le coliche epatiche, nefritiche, uterine, gli spasmi vescicali, bronchiali (asma).

Macht usava una soluzione alcoolica di benzoato di benzile al 20 %, somministrandone 10-30 gocce. Litzenberg, che ha sperimentato il rimedio nella dismenorrea, consiglia di somministrarlo sotto forma di emulsione, mescolandone 10 g. con 5 di mucillagine di gomma arabica e 35 di elisir aromatico di eriodictyon: se ne danno dosi di 1/2-2 cucchiaini, eventualmente ripetendo ogni due ore. Nell'81 % dei casi trattati, si ebbero miglioramenti, fra cui anche la scomparsa completa del dolore (nel 62 %). Beninteso il benzoato di benzile non agisce sulla causa profonda della dismenorrea: siccome però è incontestabile lo spasmo doloroso del muscolo uterino, l'indicazione del rimedio è giusta. Esso ha, di fronte all'atropina, il vantaggio di non essere tossico e va sempre tentato nella dismenorrea, prima di pensare a dilatazioni del collo o ad altri interventi pelvici.

Per quanto riguarda *l'asma*, Macht ha ottenuto successi nel 75 %, risultati che sono confermati dall'olandese W. Storm; l'azione principale consiste nel sedare la tosse e nel rendere più fluide le secrezioni.

Il rimedio è stato altresì provato nella *pertosse*, in adulti e bambini che già avevano sperimentato inutilmente altre medicine; nel 90 % dei casi si ebbero notevoli miglioramenti, che furono marcatissimi nel 50 %. Si è osservata una riduzione nella intensità e nel numero degli accessi e l'assenza di complicazioni, quale vomiti, emorragie sottocongiuntivali, insonnia, dimagrimento.

Macht prescrive il rimedio in soluzione alcoolica al 20 %, di cui fa prendere 5-40 gocce, secondo l'età del paziente e la gravità della malattia, ripetendo la dose 3-4 volte al giorno e più. Se la semplice soluzione alcoolica è troppo sgradevole al gusto, può essere aromatizzata con qualche goccia di benzaldeide e somministrata in acqua zuccherata od in latte; anzi, l'aggiunta di benzaldeide (che è un polimero dello stesso benzoato di benzile *N. d. Redat.*) in proporzione di 1-5 % rende la mistura più efficace che il solo benzoato di benzile. La somministrazione in elisir o in sciroppi non arriva a mascherare il sapore, e può d'altra parte provocare disturbi digestivi. Anche Mc. Murray ha ottenuto risultati favorevoli, ossevando gli effetti del rimedio già entro le 48 ore.

Un'altra applicazione terapeutica è il trattamento del *singhiozzo persistente*, degli adulti e dei bambini, anche nelle forme che durano da parecchi giorni e sono ribelli agli altri rimedi. In questi casi, il benzoato di benzile ha anche un significato diagnostico fra il singhiozzo di origine centrale e quello di origine periferica, essendo efficace soltanto in quest'ultimo.

Nello studio sperimentale del rimedio, Macht aveva trovato che l'iniezione endovenosa di esso determina un abbassamento della tensione sanguigna, effetto attribuibile soltanto all'azione sui muscoli lisci della parete arteriosa, mentre l'azione sul miocardio è nulla. Il benzoato di benzile è quindi indicato nei *disturbi circolatorî*, specialmente nell'*angiospasmo*. I migliori risultati si ottengono nei casi di ipertensione essenziale, senza partecipazione dei reni, ma sono buoni comunque, purchè l'arteria non sia irrigidita al punto di non poter più dilatarsi. Ottimi effetti si ottengono negli individui con ipertensione, associata a dolori precordiali, come in certi casi di *angina pectoris*, anche quando la trinitrina ed i nitriti si mostrano inefficaci. L'azione del benzoato di benzile però è meno rapida: una volta ottenuta può poi mantenersi bassa la pressione sanguigna, somministrando dosi piccolissime (non oltre 5 gocce): il rimedio può essere continuato a lungo ed è affatto inoffensivo per i reni. Anche per queste forme, Macht prescrive la soluzione alcoolica al 20 %, di cui fa prendere 20-30 gocce. Ch. Laubry e A. Mougeot (*Soc. med. des Hôpitaux*, 20 maggio 1921) hanno pure ottenuto buoni risultati nella ipertensione somministrandolo a dosi di venti goccie della soluzione alcoolica al 20 %, sospese in latte od in olio.

J. Ruräh (*Am. Journ. of med. sciences* e

Med. Record, 26 febbr. 1921) partendo dalle osservazioni di Macht, ritiene tale sostanza assai indicata nel combattere le manifestazioni spasmofile, sì frequenti nei bambini. Egli ne ha trovato assai giovamento nell'asma bronchiale, bronchite spasmodica, colica gastro-intestinale, singhiozzo e costipazione spasmodica; da altri invece il rimedio è stato raccomandato contro la peristalsi eccessiva. Nella pertosse la sua azione è spesso benefica, ma i risultati sono incerti, come accade generalmente per gli antispasmodici in tale malattia.

In complesso, si può ritenere che i fenomeni convulsivi non dipendenti da lesione organica del sistema nervoso centrale, specialmente nei neonati, ritrarranno vantaggi dall'uso di tale droga, la quale ha anche il vantaggio di non essere tossica: è però poco gradevole a prendersi.

[Il benzoato di benzile è un liquido oleoso, di odore caratteristico non sgradevole, incoloro, del peso specifico di 1.11-1.12; insolubile in acqua, solubile in alcool, etere, olî grassi: bolle a 345°. Chimicamente è l'etere benzilico dell'acido benzoico; esiste formato nel balsamo del Perù, da cui si può estrarre mediante distillazione frazionata: è stato preparato sinteticamente da Cannizzaro, fin dal 1854. Spesso il prodotto del commercio è impuro.

Si è usato finora come irritante cutaneo, sotto il nome di Peruscabina, in sostituzione del balsamo del Perù (soluzione oleosa al 25%) nel trattamento della scabbia. — *N. d. Redatt.*]

FILIPPINI.

RARIORA ARTIS

Contributo allo studio della cosiddetta "Pielite granulosa ,,.

Pizzetti agli otto casi noti della cosidetta « pielite granulosa » di Frisch ne aggiunge un nono da lui studiato (*Archivio Scienze mediche*, vol. 43, n. 10).

Anzi tutto dobbiamo ricordare che von Frisch considerò come entità nosologica speciale che denominò « pielite granulosa » un quadro anatomo-patologico particolare di lesione del bacinetto renale, costituito dalla presenza di follicoli linfatici in enorme quantità nel corion mucoso e che sollevando irregolarmente la superficie mucosa, le conferiscono un aspetto zegrinato caratteristico.

Nel caso dell'A. si trattava di un contadino tredicenne il quale da 5 anni andava soggetto ad ematurie: nei primi periodi della malattia l'ematuria si presentava soltanto al termine della minzione e avveniva anche l'emissione di piccoli coaguli sanguigni. Nessun dolore spontaneo nè alla regione renale, nè alla vescica.

L'esame obiettivo è presso che negativo: non vi sono edemi, non dolori spontanei nè provocati nella regione lombare. Non dolore uretrale: non si palpano i reni. Frequenti rialzi termici alla sera, oscillanti da 37.3 ad un massimo di 38.

Le orine all'ingresso in Clinica sono di quantità normale, di colore fortemente ematico, con 1031 di peso specifico, di reazione neutra, con presenza di albumina e sedimento costituito quasi esclusivamente da globuli bianchi e rossi.

Le radiografie dei reni e vescica sono negative. All'esame cistoscopico lo sbocco ureterale destro è normale; dal sinistro esce un getto fortemente sanguigno.

Deciso l'intervento in narcosi eterea il professor Taddei pratica la nefrectomia sin.

Alla sera, dopo l'operazione, il paziente emette orine non più colorate: al 12° giorno il paziente viene dimesso guarito con urine chimicamente e microscopicamente normali.

Le ricerche batteriologiche eseguite sul rene asportato riescono negative.

Il rene in questione si presenta lievemente aumentato di volume, pesa 103 gr. L'uretere nel primo tratto è di volume doppio del normale, fortemente vascolarizzato ed arrossato. La capsula fibrosa in molti punti intimamente aderente al parenchima renale. L'organo sezionato mostrasi pallido: non è molto marcata la differenziazione delle due zone corticale e midollare.

Caratteristico è l'aspetto della mucosa dei calici, del bacinetto renale, e dell'uretere: lucente, senza soluzioni di continuo, senza fatti di infiammazione superficiale, con aspetto quasi uniformemente zegrinato per una moltitudine di noduletti della dimensione di 1-2 mm.

Un minuto esame istologico rivela l'esistenza di uno stato di flogosi, cronica, parcellare del rene e pure di flogosi cronica, ma diffusa, sulla parete del bacinetto e della primissima porzione dell'uretere.

Esaminando i calici e il bacinetto già a piccolo ingrandimento si nota che le pareti di questi appaiono ispessite fortemente ed occupate nella loro parte superficiale da grossi ammassi cellulari rotondeggianti i quali si estendono dalla muscularis mucosae fino all'epitelio. Questi ammassi rotondeggianti, chiari nella loro parte centrale, più scuri verso la periferia, sono separati tra loro da connettivo molto infiltrati di elementi cellulari, per lo più linfociti.

Gli accumuli cellulari a più forte ingrandimento presentano due zone: una centrale, chiara, costituita da un delicato reticolo connettivo vascolare nelle cui maglie sono contenuti ele-

menti cellulari di forma poligonale con voluminoso e chiaro nucleo. Qua e là si vedono elementi più voluminosi irregolarmente ramificati con nel loro interno residui nucleari o residui di globuli rossi o nuclei più o meno fortemente alterati.

La zona periferica più scura è costituita da un fitto ammasso di linfociti. Attorno a queste formazioni lo stroma connettivale forma una zona delimitante.

Si tratta quindi di veri e propri follicoli linfatici, quasi regolarmente distribuiti sul corion mucoso e che appaiono interessati dal processo flogistico.

Questa « pielite granulosa » devesi differenziare dalla « pielite follicolare » in cui si trovano nella mucosa del bacinetto ammassi di cellule rotonde di origine infiammatoria e non già formazioni linfatiche ben costituite. Possono ambedue i processi di pielite coesistere in uno stesso bacinetto ammalato.

Secondo Frisch l'alterazione del bacinetto sarebbe la malattia fondamentale, secondarie le lesioni renali e nell'alterazione dei bacinetti dovrebbe ricercarsi l'origine della sindrome ematurica.

Per l'A. e pel Finzi, le alterazioni del rene rivestono il tipo, per quanto non diffuso ma circoscritto a zone, della glomerulo-nefrite cronica esfoliativo-emorragica con esito in sclerosi del glomerulo: le lesioni renali quindi sono più che sufficienti a spiegare la genesi dell'ematuria.

Come poi ci spieghiamo la presenza in sì grande quantità, dei follicoli linfatici nel corion mucoso del bacinetto? Si tratta di neoformazione dei tessuti linfatici o di una ipertrofia di follicoli linfatici che possono normalmente esistere nel bacinetto del rene?

Alcuni autori ammettono l'esistenza di tessuto linfatico nelle vie escretorie del rene allo stato normale: si può pensare che in seguito a stimoli di varia natura follicoli linfatici esistenti nel bacinetto possono ipertrofizzarsi.

Taddei pensa che l'esagerata neoproduzione di tessuto linfatico possa prender origine o da una forma linfoadenica primitiva del rene e del bacinetto, o da una forma infiammatoria.

L'A. nel caso in esame invoca per la patogenesi lo stesso processo infiammatorio al quale devono riattaccarsi le lesioni renali: l'esistenza di lieve piressia serotina, periodica, con Wassermann negativa e reazione tubercolinica negativa, fa pensare ad una infezione a lento decorso con periodi di esacerbazione e della quale per ora ci sfugge l'agente causale.

MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI

HANS MUCH. *Pathologische Biologie (Immunitätswissenschaft). Dritte Auflage.* Edit. Kabitzsch, Leipzig, 1920, pag. 320. Prezzo L. 41.05. Rilegato L. 48.60.

È un libro pratico per medici e studenti nel quale sono brevemente riassunti i principii fondamentali della dottrina dell'immunità e sono esposti con particolari di dettaglio le varie reazioni immunitarie usate a scopo diagnostico nonchè i più noti procedimenti della immuno-terapia. Un capitolo sulla chemoterapia ed un capitolo nel quale sono considerate, dal punto di vista immunitario, le principali malattie infettive, chiudono l'opera.

Sarebbe stato desiderabile che allo svolgimento di essa avesse presieduto un maggiore spirito critico, che nulla avrebbe tolto agli intenti pratici e volgarizzatori cui l'autore si è ispirato e avrebbe meglio illuminato sullo stato attuale di alcuni problemi d'indole generale e sulla portata di alcune reazioni immunitarie. Tuttavia il libro nel quale la materia, certamente non facile, è logicamente distribuita ed esposta con chiarezza sarà utile a chiunque voglia impadronirsi delle reazioni immunitarie più comunemente usate a scopo pratico.

F. M.

FORBAT ALEXANDER. *Prinzip, Theorie und Praxis der Vakzintherapie.* Un vol. in-16 di pag. 52. Urban e Schwarzenberg, ed., Vienna e Berlino. Prezzo marchi 9.

La vaccinoterapia non è più un semplice tentativo di laboratorio o di ospedale, ma è ormai entrata abbastanza largamente nella pratica privata. L'A., in tre succinte lezioni, espone i principî teoretici, che stanno alla base del metodo e le applicazioni di esso alla cura di diverse malattie. Attribuisce giustamente scarso significato alla determinazione dell'indice opsonico, che ha anche il difetto di richiedere una tecnica non facile e di andare soggetta ad errori. L'A. insiste inoltre nell'affermare che l'interpretazione dei fenomeni, osservati con l'uso dei vaccini, è da farsi con le teorie della chimica fisica e dell'azione dei fermenti. Nell'ultima lezione vengono date le indicazioni pratiche per l'uso dei vaccini; fra questi ne vengono elencati anche diversi che sono venduti sotto nomi brevettati (Artigon, histopin, gonargin, ecc.). Bisognerebbe opporsi al mal vezzo di applicare nomi, che danno un aspetto troppo commerciale a queste preparazioni, le quali debbono offrire una garanzia di serietà scientifica anche nel modo con cui sono presentate,

e ci guadagnerebbero anzi ad essere chiamate vaccini antigonococcici od antistafilococcici della casa A, o di quella B, anzichè con i nomi di fantasia.

fil.

Siamo informati che il libro *Esame degli organi del petto e dell'addome,* del prof. V. GIUDICEANDREA, vedrà presto la luce nella traduzione spagnuola fatta dal prof. Parrizas (della Università di Barcellona) e dal dott. Mario Cortés, a cura della Casa editrice M. Roig.

Siamo lieti che la produzione scientifica italiana si faccia sempre più strada all'Estero e ci compiacciamo col prof. Giudiceandrea, nostro valente ed apprezzato collaboratore, del successo conseguito.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Congresso della Società Tedesca di Medicina interna in Wiesbaden dal 18 al 21 aprile 1921.

(*Seduta del 20 aprile*).

Stato attuale delle conoscenze e della terapia del diabete.

Relazione di v. NOORDEN (Francoforte sul Meno).

Tutti i diabetici che non sono mai stati trattati dieteticamente, o che sono stati trattati con mezze misure, devono essere sottoposti ad una cura introduttiva blanda; da questa si passa a poco a poco alle cure durature, che regolarmente devono essere interrotte con cure blande. (Le cure blande corrispondono anche a permanenze annuali in stazioni di cura, come Karlsbad, ecc.). La «stretta dieta», priva di coleidrati (idrati di carbonio) viene, ora, non più utilizzata come dieta duratura; ma essa può essere largamente usata sotto limitazione del suo contenuto in albuminoidi. Questo vale anche per i cosidetti «giorni di legumi». I timori di alcuni ricercatori circa l'introduzione di molti grassi sono ritenuti dal conferenziere per esagerati, specialmente se le altre sostanze sono contenute nell'alimentazione. Egli distingue tra stretta dieta ricca di albumina e povera di albumina. La stretta dieta povera di albumina non è raccomandabile per più di 5-6 giorni, e per evitare un danneggiamento del malato è allora necessaria un'aggiunta di albumina: questo solo nella mancanza dei coleidrati. La stretta dieta si raccomanda specialmente nei casi leggeri, e si può lasciar seguire settimanalmente un «giorno di idrati di carbonio» (meglio giorno di frutta, Obsttag).

A questo deve seguire poi un giorno di legumi, e con ciò non aumenta certamente il consumo dell'albumina. In casi gravi si deve somministrare un «giorno di prodotti d'avena» o simili. Il cambiamento a stretta dieta, ma ricca di albumina, può essere nei diabetici dimagriti, con sintomi cardiovascolari, come un risollevare a nuova vita. V. Noorden passa quindi a discutere dei giorni di digiuno che, ben regolati e radi, sono come un giorno domenicale per gli organi del paziente. In tutti i casi dove minaccia l'acidosi, la introduzione di simili giorni di digiuno è raccomandabile. Le ricerche di Allen vengono discusse e si conclude che per la Germania esse non hanno propriamente nulla di nuovo. È importante tenere i pazienti a letto, quando si digiuna, ed anche senza occupazioni spirituali. Vi sono dei casi dove sopratutto importa ridurre una sopraeccitabilità dell'apparato formatore di zucchero: qui è raccomandabile la stretta esecuzione dei procedimenti di Allen, con il suo scarso sistema di nutrimento (in principio solo quattro calorie per kg. di peso corporeo).

Kolisch ha presentato la tesi che la tolleranza dei carboidrati diventa tanto migliore quanto meno proteine vengono introdotte, e che specialmente la albumina animale è quella che danneggia (consigliabile perciò la vegetale); inoltre egli crede che nel diabetico vi sia un abbassamento della produzione di calorie. Se quest'ultima ipotesi non è dimostrata, è però certo che ogni sovralimentazione riesce dannosa. Segue la discussione sulle differenti cure di idrati di carbonio, che si fondarono sulla cura d'avena di v. Noorden: un progresso è l'introduzione dei prodotti con zucchero caramellato, per cui proseguono le ricerche. La Mehlfrüchtekur (cura dei farinacei) di Falta (Vienna) viene preferita quando le cure di carboidrati devono essere lunghe. Si deve anche utilizzare il vecchio schema di queste cure, facendo precedere e seguire dei giorni di legumi. Non sempre è l'influsso degli idrati di C uguale nei diabetici di differente stadio. Inoltre una certa parte di essi subisce delle variazioni di carattere individuale. Al contenuto in proteidi delle diete a base di idrati di C deve essere data notevole importanza. «L'azione di scambio» tra albumina e idrati di C (influsso reciproco), nella dieta diabetica, deve essere oggetto di più larga ricerca. Il conferenziere passa quindi a discutere sull'ordinamento delle diete durature: anche qui vale il fondamentale principio che un eccesso di albuminoidi danneggia anche la tolleranza dei carboidrati. Non bisogna più usare le cosiddette diete medie, ma usare le diete di passaggio (legumi, ecc.). V. Noorden inoltre manifesta i suoi timori contro le diete povere di albumina, e crede che lo stato delle forze e la capacità di lavoro, vengono visibilmente aumentate quando si intercala di tanto in tanto un giorno o più di stretta dieta ricca di albumina: ciò non vale soltanto quando minaccia il coma. Infine vengono discusse le condizioni nelle quali le cure dei coleidrati devono essere utilizzate. V. Noorden crede che vi si debba rinunziare solo nei casi leggeri. La maggior parte dei diabetici hanno l'inclinazione a peggiorare durevolmente e si può essere contenti quando si raggiunge lo *statu quo*. Nei casi gravi si può talvolta raggiungere saltuariamente, col procedimento di Falta, uno stadio di calma. Tuttavia i malati che sono a poca distanza dalla morte, non si devono

tormentare con stretta dieta. Una scarsa acidosi secondo v. Noorden non è sempre di cattivo segno, ed i pazienti vi si adattano gradatamente. Egli alterna in questi casi giorni con ordinaria stretta dieta, poi gli stessi con aggiunta di idrati di C e poca albumina, giorni di legumi e giorni di coleidrati. Se le proporzioni dell'acidosi lo permettono, si deve possibilmente introdurre un giorno di stretta dieta ricca di albumina: in media difatti la stretta dieta è povera di albumine. Così può raggiungersi frequentemente una soddisfacente condizione del ricambio ed un buono stato di forze. V. Noorden rigetta le vedute sulla somministrazione di quantità grandi di bicarbonato sodico.

Relazione del prof. MINKOWSKI (Breslavia).

Se l'O. è un po' distante da v. Noorden in rapporto alle vedute teoretiche, egli se ne allontana poco in quanto alle applicazioni pratiche terapeutiche.

Egli dice che vi sono meno nuovi fatti che nuove parole: queste hanno provocato l'impressione di uno sconvolgimento nel campo della cura dei diabetici. Ma il solo punto che non si può contestare è il successo ottenuto in molti casi con le cure dei carboidrati e dei giorni di digiuno. Còmpito e scopo di questi trattamenti, da usare cautamente e razionalmente, sono sempre rimasti gli stessi: tentare l'eliminazione della iperglicemia ed aumentare la tolleranza per i carboidrati. Che accanto alla limitazione dell'introduzione dei carboidrati ci si debba sforzare di ottenere una diminuzione degli albuminoidi ed una diminuzione del valore totale della dieta, hanno a lungo insegnato Naunyn e la sua scuola. Le nuove esperienze (Falta, ecc.) hanno solo indicato che sotto certe condizioni, nella riduzione dell'introduzione di albumina e nella diminuzione del valore in calorie dell'alimento, si può andare molto più largamente di quanto prima si era ritenuto, e che anche con esse si può raggiungere talvolta un continuo miglioramento delle condizioni del ricambio. Nella terapia blanda, fondamentalmente nulla è stato cambiato tranne che nella misura dell'aggiunta dei carboidrati: questa però sembra solo ammissibile colla *limitata* contemporanea introduzione di albumine. Ciò è per esempio assolutamente il caso nella cura dei farinacei di Falta per cui la designazione di cura dei carboidrati può trarre in inganno, poichè il fondamento di essa è la limitazione dell'introduzione di albumine. Sono da rigettare le cure dei carboidrati con le quali non si ha nè un'azione giovevole sulla iperglicemia, nè un miglioramento in rapporto alla lesa funzione. Prescrizioni dietetiche nelle quali attraverso limitazione dell'introduzione degli albuminoidi viene resa possibile l'introduzione di una certa quantità di coleidrati, sono principalmente desiderabili in gravi casi di acidosi, nei quali ha anche azione antichetonurica la cura di avena. Per essa non occorre ammettere una azione specifica. Nei casi di media gravità si può far intercalare periodi di nutrimento povero di albumina, ma con una certa quantità di carboidrati, a periodi con nutrimento ricco di albuminoidi, ma privo di carboidrati. Si raggiunge così migliore effetto che non con la assoluta sottrazione dei carboidrati, come un tempo generalmente si praticava, e come ancora si pratica dove le ultime ricerche sono poco conosciute. Per il preponderante numero di casi, i leggeri, è poi da preferire una limitazione dell'introduzione dei carboidrati fin sotto i confini di tolleranza, impedire sempre un eccesso d'introduzione di albuminoidei e bisogna adattare la quantità della dieta al lavoro prestato dal paziente. L'abbassamento della introduzione di albuminoidi non deve andar così oltre da porre in pericolo il bisogno del corpo in proteidi. Anche le cure di sotto nutrizione, come i giorni di fame di Allen, costituiscono solo un aumento, in parte senza dubbio esagerato, dei giorni di digiuno. Ma è sorprendente come si lascino facilmente applicare le strette limitazioni del nutrimento, secondo Allen: il terreno principale di uso di esse deve considerarsi però lo stadio precomatoso della grave acidosi. Anche in altri casi può talvolta essere vantaggioso di incominciare la cura con giorni di fame, se si vuole raggiungere un molto rapido, sicuro successo. I pericoli della iponutrizione debbono essere evitati coll'accurata osservazione. Se i nuovi principii dietetici non contengono alcun nuovo fondamento essi offrono però nella loro tecnica particolarità, parecchie cose che possono essere considerate come un arricchimento dei nostri poteri terapeutici. Tali nuovi trattamenti possono avere azione benefica se vengono adoperati in modo che si dia gran campo al trattamento individualizzante.

Ai fondamenti della scienza del diabete, le nuove ricerche terapeutiche non hanno aggiunto alcunchè di nuovo, ed ora, come prima, si può considerare:

1) La malattia che si indica come vero diabete riposa principalmente sull'alterazione di una delle funzioni del pancreas. Gli altri organi che prendono parte al ricambio dei carboidrati influenzano solo per la intensità ed il decorso della glicosuria;

2) Per questa funzione pancreatica si tratta di un funzionamento «positivo» della ghiandola, non esclusivamente di una azione di freno, di una limitazione od impedimento alla formazione di zucchero nel fegato. Il diabete pancreatico non può essere solo considerato come una irregolata glicosuria adrenalinica;

3) Il funzionamento del pancreas è necessario per la normale utilizzazione dei carboidrati nell'organismo. Può bene anche non essere aumentata la formazione di zucchero, ma senza una alterazione del consumo dello zucchero, la glicosuria diabetica non può essere chiarita.

Sulla Mehlfrüchtekur (cura dei farinacei).

FALTA (Wien). — L'O. per Zuckerwert (coefficiente di valore del nutrimento, espresso in zucchero) calcola una cifra uguale a 5 volte il contenuto di azoto nei carboidrati che si somministrano. Questa formula l'O. dimostra teoricamen-

te e praticamente. Egli osserva specialmente che ritiene per falso di limitare l'introduzione di calorie, quando il contenuto di albumina è basso. Coll'abbassarsi dei valori di assimilazione, non si può dare molta albumina, si devono introdurre dei giorni a dieta blanda e specialmente di farinacei, se si vuole sottrarre il paziente ad un coma rapido. Sotto l'influsso della sua cura l'O. vede frequentemente un rifiorire dei malati. La progressività dell'azione deve essere considerata nel regolare la dieta, come anche gli influssi nervosi. Vi sono dei casi che vanno così favorevolmente, anche con nessun trattamento. La glicosuria nella pressione sanguigna aumentata dimostra in ogni caso scarsa dipendenza dall'alimentazione.

Sul diabete renale.

E. FRANK (Breslau). — Questa affezione, intravista da Klemperer, è stata confermata dai moderni metodi di ricerca. Nel diabete renale dell'uomo si tratta di un abbassamento dei confini (soglia) per la secrezione dello zucchero dei reni. La glicemia è normale. La causa del diabete renale non si è ancora bene chiarita. È da abbandonare la pretesa della costanza dello zucchero sanguigno e della invariata escrezione di zucchero con ogni metodo di nutrizione, sperimentale o no. La glicosuria delle gravide coincide pienamente col diabete renale. Prognosticamente, non vi è da temere lesione renale. Si possono scambiare il diabete renale ed il lieve diabete mellito, ma il tener dietro alle curve dello zucchero sanguigno ed il comparare nello stesso tempo lo zucchero urinario, evitano questi scambi.

Seguono comunicazioni di GRAFE (Heidelberg): *Sull'assimilazione dei prodotti caramellati nei diabetici (e sul prodotto Caramose di Merck).*

Poi di Th. BRUGSCH e K. DRESL: *Sulla regolazione del ricambio dello zucchero nel midollo allungato.*

Essi credono, con ricerche sperimentali, che con una ferita del nucleo del midollo allungato (fine della parte anteriore) vegetativo, si ha diminuzione dello zucchero sanguigno. Ivi deve trovarsi un centro di impedimento per il glicogeno. Ricerche di estirpazione per stabilire quali centri, in questa sezione anteriore del così esteso nucleo del midollo allungato vegetativo, siano situati, hanno dato che dopo estirpazione del pancreas degenerano cellule retrograde nella predetta regione.

Da ciò ne viene che nel nucleo del midollo allungato sono sia i centri per la canalizzazione aumentata dello zucchero a mezzo di adrenalina (attraverso innervazione delle surrenali attraverso il simpatico) come pure i centri per un aumentato sorgere del glicogeno, attraverso innervazione della attività specifica del pancreas a mezzo del vago.

Infine K. DRESEL e F. H. LEWY con altre ricerche concludono che alterazioni anatomiche si trovano nei casi di diabete nel nucleo periventricolare del terzo ventricolo, ma per ora non se ne possono chiarire la patogenesi e la speciale istologia. I centri, legati tra loro, per il ricambio dello zucchero sarebbero tre, i due sopra indicati ed il terzo perchè quando non si trova danneggiato il nucleo periventricolare, il centro per l'assoluta altezza dello zucchero sanguigno si trova, alterato, nel Globus palidus.

Seguono comunicazioni di W. LÖFFLER (Basel): *Sulle proporzioni dello zucchero sanguigno nei vecchi (con glicemia sperimentale)*; di E. TOENNIESSEN (Erlangen): *Sui rapporti tra acidosi e zucchero sanguigno*; di W. H. VEIL (Monaco): *Su un'alterazione minerale del ricambio nei diabetici;* di GROTE (Halle a. S.): *Sull'influsso di prodotti a secrezione interna sulla glicosuria florizinica;* di K. LÖNING: *Sulla organoterapia del diabete.*

G. AIELLO.

R. Accademia Peloritana.

(Seduta del 9 marzo 1921).

Sui fattori della isoagglutinazione del sangue umano.

L. LATTES, trasportando i globuli agglutinati in soluzioni isotoniche di saccarosio, riesce a riemulsionarli e a riportarli sospesi in soluzione cloruro-sodica.

I globuli così caricati di isoagglutinina non si riagglutinano più solamente per azione dei sieri che precedentemente agivano in modo specifico, ma anche per opera di sieri qualunque inattivi, anche se artificialmente privati di agglutinina. Se col calore si privano questi globuli dell'agglutinina onde sono carichi, riappare la specificità dell'agglutinazione.

Nel fenomeno della emoisoagglutinazione si può dunque distinguere un elemento specifico, l'unione del globulo con l'agglutinina, ed uno non specifico, l'agglutinazione.

A differenza di certe agglutinazioni batteriche, non basta per questa ultima la presenza di sali, ma occorre il siero nel suo complesso. G. V.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Impetigine e nefrite.

H. Kohu (*Berliner Klinische Wochenschrift*, tomo LVIII, n. 2, 10 febbraio 1921) riferisce il seguente caso:

Un fanciullo di 9 anni, di buona costituzione, è colpito simultaneamente da una impetigine di apparenza banale e da una nefrite grave, caratterizzata da urine scarse, sanguigne, contenenti cilindri granulo-grassosi. Esiste un versamento pleurico, un'ascite: compaiono degli accidenti uremici; cefalea, vomito, accessi dispnoici, disturbi passeggeri della vista, strabismo intermittente, presente il riflesso di Oppenheim all'arto inferiore destro. Lo stato generale è allarmante, temperatura elevata. La chiusura persistente delle narici, la presenza di escoriazioni all'orificio della narice destra, l'aspetto lardaceo di alcune piaghe cutanee rappresentano sintomi che permettono di sospettare una infezione difterica. La ricerca dei bacilli nel muco nasale e nel pus delle lesioni cutanee dà risultato positivo. La gravità della nefrite non permette di intraprendere una cura con siero antidifterico, ma il malato migliora dopo otto o dieci giorni e finisce per guarire completamente.

Le complicazioni renali sono eccezionali nei soggetti colpiti da impetigine e l'autore non ha riscontrato questa coincidenza che in sette osservazioni nella letteratura tedesca. L'assenza di ogni ricerca batteriologica nella maggior parte dei casi pubblicati non permette di giudicare sugli elementi etiologici che determinano l'insorgenza di una nefrite nel corso di simile malattia generalmente molto benigna.

Forse bisogna attribuire importanza soprattutto all'infezione difterica associata nella genesi delle nefriti nel corso dell'impetigine. Ricerche ulteriori stabiliranno qualche cosa di più preciso a questo riguardo.

E. BENEDETTELLI.

Pionefrosi.

L'Hartmann, nel *Journ. des Praticiens* (n. 52, 1920), riporta un caso di pionefrosi che egli ha avuto occasione di osservare:

Si tratta di una donna che soffriva da un anno e mezzo di un dolore intenso alla metà destra dell'addome e che presentava delle urine molto torbide. La paziente inoltre aveva coliche accompagnate da vomiti di color giallo-verdastro che furono calmate con applicazioni locali di cataplasmi laudanizzati. L'abbondanza del deposito purulento di dette urine già faceva pensare che non si trattasse soltanto di una semplice cistite, bensì anche di una lesione renale. All'ispezione si notava un netto sollevamento della regione del fianco sinistro ben delimitato in basso e indietro, ma non in alto. Sollevando dal di dietro tale tumefazione, si poteva trasmettere l'impulso alla mano applicata corrispondentemente sulla regione anteriore dell'addome: la sua sede era quella dei tumori renali. Alla percussione si ebbe sonorità dovuta alla presenza del colon discendente, se l'intestino conteneva gas; mancando questa sonorità, e cioè quando l'intestino era completamente vuoto, si constatava la presenza del colon che si faceva scivolare sotto le dita fino nella fossa iliaca: è questo un segno importante di diagnosi differenziale coi tumori della milza.

E. B.

Sulla piuria.

Il processo che provoca la piuria può essere localizzato o disseminato e prendere una o più porzioni dell'apparato urinario. Vi può essere un'infezione di qualche parte, oppure l'infezione può essere secondaria ad un calcolo, corpo estraneo, tumore, stenosi; per un'esatta diagnosi bisogna anzitutto localizzare il punto di origine del pus. Nell'uomo questo può originarsi dall'apparato orinario (rene, uretere, vescica) o genitale (prostata, vescicole seminali, uretra posteriore). Nella donna, a meno che non si tratti di inquinamento dall'esterno o di fistola, la piuria è sempre di origine urinaria: per un esame è necessario dapprima pulire l'uretra con un catetere sottile, raccogliendo le acque di lavatura, e poi introdurre il catetere in vescica. Se le acque di lavatura sono torbide e l'urina chiara, il pus proviene dall'uretra, mentre si esclude questa origine in caso contrario.

Nell'uomo la localizzazione è più complessa: è necessario anzitutto, anche per esso, eliminare l'uretra come sorgente del pus, con uno dei noti metodi (prova dei due o dei cinque bicchieri, ecc.). Eliminata l'uretra, il problema si presenta uguale per ambo i sessi.

Per quanto riguarda la vescica, i fattori più importanti nella produzione della piuria sono: la cistite, i calcoli, i tumori, i corpi estranei, la tubercolosi, l'ostruzione. In tali casi il cistoscopio è lo strumento diagnostico per eccellenza (L. Wolbarst, *Medical Record*, 12 febbr. 1921). Per conoscere poi se il pus provenga dalla vescica o da porzioni poste su-

periormente si può ricorrere a diversi mezzi: se le acque di lavatura vengono limpide dopo una o due irrigazioni, trattasi di piuria di origine renale od ureterale, di origine vescicale invece se occorrono parecchie irrigazioni. Alcuni ritengono che il pus di origine renale si depositi rapidamente in fondo al vaso, mentre invece quello che proviene dalla vescica lascia una nubecola al disopra del deposito stesso. Di poco aiuto è l'esame microscopico, tenuto conto della impossibilità di differenziare l'epitelio della pelvi da quello degli strati profondi delle basse vie.

Il metodo decisivo in tali casi è il cateterismo ureterale a cui bisogna ricorrere in definitiva, svuotando dapprima accuratamente la vescica dal pus: quando all'esame fatto da mano esperta, si abbiano risultati costantemente negativi, l'origine del pus andrà ricercata altrove.

fil.

Dolori mattutini in malati di nefrolitiasi.

Solo in un piccolo numero di casi di calcoli renali o uretrali, osserva T. Barsony (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 15, 1921), gli accessi dolorosi si presentano nelle ore del mattino. Sembra che i piccoli calcoli dei bacinetti e quelli che si sono incuneati negli ureteri provochino degli accessi mattutini più facilmente dei grossi calcoli renali. Gli accessi mattutini spesso differenziano nettamente il quadro clinico della nefrolitiasi da quello di altre affezioni con le quali facilmente si può confondere (appendicite).

POLLITZER.

TERAPIA.

Cura della malaria.

Premesso:

1° che le forme adulte degli ematozoi vengono facilmente distrutte dal chinino;

2° che distrutte completamente le suddette forme, l'ammalato resta per 7 giorni libero di recidive;

3° che si può somministrare per molti mesi giornalmente il chinino senza guarire l'ammalato della sua malaria, nonostante il reperto negativo del sangue;

4° che i plasmodi o le loro spore non vengono dunque distrutti in questi casi;

5° dopochè per molto tempo durante la chinizzazione nel sangue non era stato possibile constatare plasmodi, cessata la somministrazione l'ammalato resta libero di accessi per almeno 7 giorni;

6° finchè il sangue contiene chinino le spore non possono svilupparsi; il loro sviluppo incomincia non appena il sangue è privo di chinino;

7° il termine di sviluppo per la formazione di nuove spore non è definito, cessata una volta la chinizzazione; ad ogni modo non è mai inferiore ai 7 giorni;

8° per poter agire, il chinino deve essere riassorbito, deve esser preso dunque in forma facilmente solubile;

9° per distruggere tutti i plasmodi bisogna mantenere costantemente del chinino nel sangue per 48 ore di seguito, sebbene molti casi vengano liberati dai loro plasmodi entro uno spazio molto più breve;

10° piccole dosi di chinino (15 cg.) somministrato ogni 2 ore notte e giorno per 48 ore, distruggono tutti i plasmodi, ad eccezione delle spore;

11° per assicurarsi il riassorbimento uniforme del chinino il tratto intestinale deve esser vuotato con una purga prima dell'inizio della cura;

12° durante la cura è necessario mantenere l'ammalato a dieta liquida, ma abbondante e nutriente; la defecazione deve essere quotidiana;

13° basta una piccola quantità totale di chinino, per distruggere definitivamente tutti i plasmodi;

14° è necessità assoluta di seguire nel modo più scrupoloso ogni prescrizione della cura per evitare una recidiva.

Su queste premesse, *Ochsner* (Chicago), fa basare il suo metodo terapeutico della malaria, che egli pubblica nella *Berl. Klin. Wochenschrift*, n. 9, 1920:

1° la sera prima dell'inizio della cura l'ammalato viene purgato, preferibilmente con olio di ricino;

2° durante la cura egli viene nutrito con minestrine sostanziose che contengano molto riso, orzo, legumi, ecc.;

3° per 48 ore egli ottiene ogni 2 ore, giorno e notte, 15 cg. di chinino, al quale viene fatto seguire tosto ¼ l. d'acqua calda per ottenere che il chinino si sciolga immediatamente;

4° nei 6 giorni successivi, dunque dal 3° all'8° giorno non si dà affatto chinino, per non impedire lo sviluppo delle spore;

5° all'8° giorno si ridà la purga e il 9° e 10° giorno infine si ripete la cura chininica dei 2 primi giorni, seguendo esattamente le stesse prescrizioni;

6° dal 3° all'8° giorno (inclus.) è consigliabile la somministrazione di piccole dosi d'arsenico ogni 3 ore;

7° finita la cura si prescrive per alcune

settimane un tonico, evitando che l'infermo venga a contatto con zanzare infette.

Teoricamente è ammissibile il caso per cui spore latenti non arrivino a svilupparsi entro il 2° e 9° giorno.

L'autore, che sperimentò la cura in molte centinaia di malarici, non ebbe mai occasione di osservare un insuccesso.

Di ogni recidiva senza eccezione fu possibile rintracciare la causa in uno sbaglio di tecnica: o si era tralasciata la somministrazione notturna, o s'era continuato con piccole dosi di chinino durante l'intervallo, oppure si era ripresa la cura più tardi del 9° giorno. È assolutamente controindicata una dieta solida durante la cura, per il riassorbimento non uniforme del chinino.

Con questo metodo, che l'autore raccomanda caldamente a tutti, fu possibile sanare completamente molti dei distretti più infetti del Messico e della Virginia. *m. p.*

Azione locale del chinino.

Le comuni soluzioni di chinino che si usano per iniezioni nella malaria determinano una necrosi più intensa che le soluzioni molto diluite e provocano edema. La necrosi, che si associa con distruzione delle emazie del sangue stravasato, si produce in pochi minuti e persiste a lungo. Le fibre muscolari si frammentano, si hanno fatti di fibro-miosite.

Se l'iniezione è fatta in vicinanza di un tronco nervoso, può verificarsi una degenerazione di questo e, quindi, fatti di paralisi: può altresì aversi necrosi delle pareti vasali e consecutive emorragie o trombosi.

Per evitare queste alterazioni, sarebbe necessario ricorrere a diluizioni tanto deboli da riuscire inefficaci: quindi Dudgeon (*Journ. of the royal army med. corps*, 1921, n. 1) consiglia di eseguire le iniezioni soltanto se necessarie, farle lontane dai nervi, non ripetendole in una stessa zona, evitando così possibili lesioni permanenti. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1357) *La tintura di iodio per via interna.* — All'abb. n. 2529, Piazza Armerina:

La tintura di iodio ad alte dosi per via interna venne preconizzata nel 1914 da L. Boudreau contro la tubercolosi polmonare cronica; H. Dufour l'ha vantata nelle adenopatie tubercolari; il metodo ha trovato molti consensi in Inghilterra, non tanto, però, contro le affezioni tubercolari, quanto contro il reumatismo cronico.

Nella tubercolosi polmonare il metodo trova impiego purchè non si tratti di forme eretistiche, con febbre alta, ad evoluzione rapida. Nelle adeniti tubercolari Dufour lo considera come il metodo di scelta, a condizione che non esistano raccolte purulente, poichè esso non basta a far regredire la suppurazione: occorre prima evacuare, con delicatezza, i gangli suppurati accessibili (adeniti cervicali). E. Bird, W. Eawrt, C. S. Aubyn-Farre, ecc., se ne sono giovati in forme svariate di affezioni reumatiche croniche, compresa la «gotta reumatica».

Si usa tintura di iodio alcoolica, senza aggiunta di ioduro, qual'è nella nostra farmacopea; non sono indicate le soluzioni iodo-iodurate. Le concentrazioni delle tinture di iodio all'incirca si corrispondono nelle varie farmacopee.

La tintura dev'essere fresca, preparata da non oltre 15 giorni; altrimenti contiene acido iodidrico, irritante. (Notiamo che il metodo Gaglio permette di mantenere indefinitamente fresca la tintura). Va somministrata allo stato di diluizione, preferibilmente nel latte (dove lo iodio forma composti proteinici e adiposi varî: basta una mezza tazza di latte; si abbia l'avvertenza di farvi agire la tintura per qualche tempo, affinchè le reazioni si compiano), od anche nel vino. È preferibile di prendere il rimedio al momento dei pasti, per profittare del processo digerente, che accresce la vascolarizzazione della mucosa e attiva l'assorbimento.

Si comincia con dosi prudenti, per saggiare la suscettibilità individuale: procedendo in modo graduale, si riesce a vincere i casi d'intolleranza, la quale può essere locale (gastroenterica) o generale. Dufour comincia con 15 gocce, due volte al giorno; ogni 4-5 giorni, aumenta 5 gocce a ogni somministrazione, fino a giungere alla dose quotidiana di 120-150 gocce: dopo raggiunte 40-50 gocce a ogni somministrazione, ripartisce la dose quotidiana in tre volte, in modo da non far assorbire più di 40-50 gocce per volta; si resta alla dose massima per 8 giorni, poi si decresce, di cinque

in cinque giorni, seguendo le stesse proporzioni; dopo un riposo di 8-15 giorni, si riprende il trattamento. Questa tecnica, con fasi di aumento, di stabilità e di decrescenza, ridurrebbe i casi d'intolleranza; se essi si manifestano, attenersi a dosi meno elevate o sospendere il medicamento. Nei bambini cominciare con 5-10 gocce al giorno e giungere a 30-40-50, secondo l'età.

Boudreau va oltre questi limiti, fino a 200-300 gocce al giorno negli adulti.

Bird comincia con 1 grammo (20 gocce), tre volte al giorno; dopo una settimana raddoppia la dose e dopo due la triplica; sorpassa di rado questo limite; quando i dolori sono scomparsi e la tumefazione si è ridotta, riduce gradatamente la dose, prima di sospendere il trattamento. In modo analogo si regola Aubyn-Farre, che giunge a 10 grammi al giorno.

Il trattamento intensivo va sempre continuato a lungo, anche per mesi.

Dopo un'interruzione si devono riprendere le dosi moderate, aumentandole gradatamente; in caso diverso si producono disturbi (in specie diarrea).

Sembra strano che l'organismo riesca a tollerare dosi così alte di tintura di iodio *per os;* ma, come fanno notare E. Duhot e Cambier, bisogna tener conto che 100 gocce di tintura racchiudono solo gm. 0,16 di iodio, mentre 1 grammo di ioduro potassico ne contiene 0,76 e 1 grammo di ioduro sodico 0,84; è per questo che i fenomeni d'intossicazione iodica sono dovuti molto più all'iodurismo che all'iodismo.

Per la bibliografia vedi: L. Boudreau, *Journal des Sciences Médicales de Bordeaux,* 4 gennaio 1914; H. Dufour, *Société Médicale des Hôpitaux,* 14 e 21 maggio 1920; H. Dufour, *La Médecine,* maggio 1921; L. Cheinisse, *La Presse Méd.,* 1920 e *L'année thérapeutique* 1921; A. David, *Journal des Sciences Médicales de Lille,* 5 giugno 1921; E. Bird, *The Lancet,* 1920, v I, p. 546.

L. V.

(1358) All'abb. 10446:

Un grande trattato di Odontoiatria, nel quale è considerata pure la odontoiatria conservativa, è il notissimo *Traité de Stomatologie* del Gaillard e del Nogué, edito dalla Libreria J.-B. Baillière di Parigi (dieci volumi). Di piccola mole è, invece, il *Précis des Maladies des dents et de la bouche,* del Pont, pubblicato dalla Casa Masson.

E della stessa casa, ma con speciale riferimento alla protesi, è il recente volume del Lebedinsky e del Virenque: *Prothèse et chirurgie cranio-maxillo-faciale.*

Quanto ai trattati di chirurgia viscerale, se Ella intende riferirsi alla chirurgia di tutti i visceri, può chiedere alla Casa Baillière il prospetto dei volumi del *Nouveau Traité de Chirurgie,* pubblicato sotto la direzione del Le Dentu e del Delbet. Ovvero, se specialmente le interessa il lato tecnico dell'argomento, può ricorrere alla *Chirurgische Operationslehre* di Bier, Braun e Kümmel (cinque volumi: editore A. Barth, Lipsia).

Se, invece, intendesse riferirsi alla chirurgia addominale, ha un ottimo riassunto di patologia e di terapia nella *Chirurgia dell'addome,* del Donati (editrice l'Unione Tipogr. Torinese), e un ottimo compendio della tecnica nella *Chirurgie de l'Abdomen,* del Guibé (ch'è il 3° volume dei « Précis de technique opératoire par les prosecteurs de la Faculté de Paris », editi dalla Casa Masson).

L. C. Z.

VARIA

Sulla storia dell'encefalite letargica.

Nella *Rivista Sanitaria Siciliana* del 15 aprile 1921 il dott. Antonio La Lomia, di Canicattì, rileva che in una novella del Lasca, vissuto nel secolo XIV, si trova descritta una malattia che ricorda l'encefalite epidemica:

« Passati dieci anni che Maestro Basilio ne aveva mandato Lazzaro in contado, venne in Pisa una strana e pericolosa malattia, che le persone infermavano d'una ardentissima febbre e s'addormentavano di fatto, e così dormendo, senza mai potersi destare, si morivano, e per vantagio s'appiccava come la peste. Il maestro desideroso come gli altri medici del guadagno, fu dei primi che ne medicassero; tanto che in poche ore se gli attaccò la iniqua e velenosa infermità, di sorta che non gli valsero sciroppi e medicine, che in poche ore l'uccise; e tanto fu crudele e contagiosa che agli altri di casa s'appiccò; di modo che tutti quanti l'uno dopo l'altro mandò sotterra e solo una fantesca vecchia vi rimase viva; e così per tutta Pisa fece grandissimo danno e l'avrebbe fatto maggiore, se non che molte genti se ne partirono. Ma poi venutone tempo nuovo cessò la mala influenza del pestifero morbo, che in quelli tempi e da quelle persone fu detto male *del vermo,* e le genti, rassicurate, alla città ritornando, ripresero le medesime faccende e i soliti esercizi ».

(*Novella I della cena II*).

Per la contagiosità, che nell'encefalite letargica è scarsissima, le due malattie differiscono decisamente; ma i sintomi clinici corrispondono.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione Nazionale dei Medici Condotti.

Si è radunato in Roma il 29 e 30 giugno il Consiglio dell'Associazione Nazionale Medici Condotti; furono oggetti principali di discussione le proposte di modificazione alla Cassa Pensioni e al Regolamento generale sanitario, che verranno quanto prima sottoposte alla discussione rispettivamente della Camera dei Deputati e del Consiglio Superiore di Sanità.

Furono inoltre oggetto di viva discussione le persecuzioni che da parte di varî partiti politici vennero fatte a varî medici condotti e fu approvato il seguente ordine del giorno:

«Il Consiglio Nazionale dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti, nella seduta del 29 giugno 1921;

preso atto delle proteste avanzate da Colleghi di varie regioni d'Italia e di diversi partiti per violenze e rappresaglie di natura politica per cui furono costretti ad abbandonare la condotta con loro grave danno economico e morale;

mentre riafferma l'assoluta apoliticità dell'Associazione, fa fervidi voti per il rispetto e per la tolleranza di tutte le opinioni e per il sollecito ritorno a forme di convivenza più civile;

protesta vivamente contro le sopraffazioni subite dai Colleghi, rivendicando sopra tutto per il Medico Condotto la piena libertà di coscienza e la incolumità personale nell'esercizio della professione;

assicura a tutti i Colleghi vittime delle persecuzioni completa solidarietà ed energica tutela di classe».

Cassa di mutuo soccorso dell'Associazione Nazionale dei medici condotti.

Si è radunato il 17 giugno il Consiglio amministrativo della Cassa di M. S. della A. N. M. C. sotto la presidenza del dott. Ceramicola.

Si è constatato colla massima soddisfazione il continuo incremento dei soci i quali raggiungono ormai il migliaio. Si sono risolte varie questioni di indole amministrativa ed altre inerenti alla sistemazione regolamentare di alcune domande di inscrizione. Sono state concretate alcune modificazioni al Regolamento per poter permettere la inscrizione con quote multiple. Si decise, per facilitare il compito del cassiere, di invitare i soci a fare i versamenti dei contributi mensili in rate trimestrali o semestrali, dirette sempre al dottor Daniele Carobbio in Cologno Monzese (Milano). Il funzionamento della Cassa agli effetti del sussidio per malattia ha inizio col 1° luglio corrente. Si sono infine gettate le basi fondamentali per la istituzione della Cassa-indennità in caso di morte, rinviando la decisione definitiva ad altra seduta fissata per il 23 luglio in Parma, così da preparare lo Statuto di tale Cassa che verrà sottoposto all'approvazione del Congresso Nazionale di Genova in settembre.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8876) *Indennità caro-viveri - Verbale della Commissione giudicatrice - Nomina del condottato - Documenti.* — Dott. C. M. da M. — Il medico interino purchè copre nel Comune un posto previsto nella pianta organica e privo di titolare, ha diritto all'indennità caro-viveri. Nel caso speciale da Lei indicato bisognerebbe conoscere se pattuendo col Comune il compenso giornaliero di lire 35 si sia in esso inteso conglobare e comprendere ogni qualsiasi altra indennità, compresa quella di *caro-viveri*, per modo che siasi a questa implicitamente rinunziato. Il verbale della Commissione giudicatrice è documento destinato a rimaner segreto. Solo la graduatoria, a concorso espletato, è pubblicata all'albo della Prefettura e del Comune. Di questa si può, quindi, aver copia in carta legale. Ogni contribuente del Comune può aver copia delle deliberazioni dei Consigli Comunali. Riteniamo però, che nel caso in esame, anche il medico ancorchè non contribuente, al quale la deliberazione si riferisce essendo ad essa direttamente interessato, possa chiederne ed averne una copia. Se è lo stesso Comune che bandisce diversi concorsi, sarà la stessa Commissione giudicatrice per tutti ed in tal caso basta presentare una sol copia di documenti potendo essa valere per tutti i concorsi.

(8877) *Pensioni - Anni di servizio interinale - Computo.* — Dott. V. B. da A. — Gli anni di servizio interinale, cui allude, sono calcolati unicamente per raggiungere il limite fissato per il conseguimento della pensione, ma non per la effettiva liquidazione di essa. La dimostrazione di tale servizio si fa all'atto del collocamento a riposo esibendo le relative deliberazioni consiliari di nomina.

(8878) *Termini del concorso.* — Dott. G. G. da M. — I termini di un concorso sono di stretta applicazione. Prima che essi scadano, la domanda con i relativi documenti deve, non solo essere spedita, ma giungere nella Segreteria del Comune, che ha bandito il concorso. Se è stata accettata una domanda fuori termine, il concorso è annullabile.

(8879) *Esercizio della odontoiatria.* — Dott. P. N. M. da T. — Per esercitare la odontoiatria bisogna essere laureato in medicina e chirurgia. Chi non possiede laurea non può esercitare, anche se un laureato ne sia mallevadore e risponda di lui.

(8880) *Ufficiale sanitario.* — Dott. G. B. da N. — Fino a quando non si bandirà il concorso, cui Ella può prendere parte, non è possibile revocare l'incarico provvisorio di cui è provvisto il collega, in quanto che la facoltà del Prefetto di affidare provvisoriamente l'esercizio della carica di ufficiale sanitario, è scaduta da tempo. Per riprendere il servizio non come interino, ma come titolare di una condotta il medico, che già trovasi

collocato a riposo, deve, come ogni altro, sostenere il relativo concorso.

(8882) *Pensioni ed indennità.* — Dottor *Vidor.* — Alle esposte condizioni Le compete la indennità pagabile una volta tanto per effetto della lettera *b* dell'art. 3 del decreto-legge 23 ottobre 1919, n. 1970. Agli otto anni di servizio effettivo si possono aggiungere altri quattro anni per campagna di guerra, giusta il D. L. del 4 settembre 1916, n. 1207. La formula adatta sarebbe quella di dispensa dal servizio di ufficio.

(8883) *Indennità caro-viveri.* — Dott. D. D. C. da S. P. A. — Il secondo caro-viveri consiste in lire 100, ma bisogna tener calcolo se sieno state precedentemente concesse indennità maggiori, od altre anche minori, perchè si dà, in tal caso, la differenza.

(senza numero) *Capitolato medico - Nuove imposizioni - Diritti acquisiti.* — Dott. E. P. da S. R. — Non è lecito, in successive modifiche del capitolato, introdurre senza il consenso del medico titolare, variazioni che aggravano le condizioni del servizio come sarebbe quella di dover per turno con gli altri medici assistere all'Ambulatorio Municipale, dovendosi considerare che il capitolato ha forza di legge fra le parti perchè contiene obblighi e diritti contrattuali che non possono modificarsi od alterarsi, a mente del Codice Civile, se non con l'esplicito consenso delle parti. E ciò tanto maggiormente se in una precedente modifica del capitolato da uno degli interessati era stato fatto in esso inserire apposito articolo con cui erano fatti salvi diritti acquisiti dai medici condotti in servizio e stabili in base ai capitolati precedentemente in vigore.

(8885) *Ricchezza mobile - Pagamento.* — Dottor L. M. da G. — Agli effetti della Ricchezza mobile, i redditi che per il loro ammontare non vi andrebbero soggetti, sono comulati con quelli che vi sono soggetti e formano una sola massa tassabile. Nel caso dai Lei esposto vi è, quindi, cumulato l'indennità di ufficiale sanitario, che non è tassabile, con lo stipendio come medico condotto che è tassabile.

(8886) *Ufficiale sanitario - Membro della Congregazione di Carità.* — Dott. I. B. da P. — L'ufficiale sanitario non può essere membro della Congregazione di Carità. — Vedi: VIGO: *La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale,* a pagina 194, ove è ampiamente trattato l'argomento.

(8887) *Medico interino - Trattamento in caso di malattia.* — Dott. E. N. da M. M. — A prescindere che ai medici condotti interini non può essere fatto il trattamento che la legge stabilisce pei titolari in caso di infermità, pare che, stando a quanto accenna nel quesito, Ella si sia dimesso dalla carica prima che fosse scaduta la licenza ordinaria. Or se è così, nulla Le compete perchè per effetto delle rassegnate dimissioni si è spezzato qualsiasi rapporto, anche temporaneo, di impiego per modo che nulla può più ora pretendere dalla Amministrazione Municipale.

(8889) *Nomina del medico condotto.* — Dott. F. Dell'A. da A. — La quistione da Lei prospettata nel quesito è ampiamente svolta nel Manuale del dott. Justitia: «La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale» a pag. 69 ove è ampiamente trattato l'argomento.

(8890) *Pensione - Computo degli anni di servizio.* — Dott. G. M. da T. — Secondo quello che ha esposto nel quesito Ella avrebbe di già diritto alla pensione, senza contare gli anni di servizio volontario prestato nel R. Esercito, i quali sono, invece, valutati agli effetti del D. L. del 7 febbraio 1916, n. 221. Dal 1894, anno in cui è entrato in servizio, al 1920, anno in cui fu dichiarato dimissionario, incluso il periodo passato sotto le armi per cui pagò regolarmente il contributo, sono passati oltre i 25 anni prescritti.

(8891) *Pensioni.* — Dott. A. C. da F. — Gli undici anni di servizio sono calcolati. Non è riscattabile il servizio prestato fra la fine della prima condotta ed il 1920. Il contributo non aumenta: È sempre di lire 132 annue.

(8892) *Referto all'Autorità giudiziaria.* — Dottor M. C. da P. — Poichè il referto avrebbe esposto l'assistito ad un procedimento penale, non vi era l'obbligo del referto. — Vedi: VIGO: *La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale,* a pagina 9, dove è ampiamente svolto l'argomento.

(8893) *Pensioni.* — Dott. G. G. da A. — Per rispondere alla prima parte del quesito occorre conoscere se e quando abbia aderito alla Cassa di previdenza. Crediamo che i primi due anni di condotta possano essere calcolati perchè fatti a seguito di nomina regolare e con pagamento di contributo. Dopo che avrà ricevuto la risposta dalla Direzione ne riferisca per il conseguente parere.

(8894) *Sostituzione.* — Dott. C. B. da G. C. — Siamo spiacenti di non poter soddisfare il suo desiderio giacchè, pel momento, non abbiamo conoscenza di persona che possa essere in grado di sostituirla costà.

(8895) *Pensioni.* — Dott. A. P. da C. — I servizi indicati ai numeri 1 e 2 non sono validi agli effetti della pensione perchè, fra l'altro, furono prestati quando la Cassa di previdenza non era ancora istituita. Oltre a ciò, il primo fu fatto senza stipendio ed il secondo come semplice interino. Il servizio utile comincia dall'ottobre 1898, così che ora conta 22 anni di servizio. Deve servire altri due anni e sei mesi, per poter avanzare domanda per liquidazione di pensione.

(8896) *Trasformazione di condotta - Sessennii.* — Dott. A. A. S. da P. — Dal momento che la G. P. A. ha deliberato di ufficio il capitolato sanitario tipo con cui si stabilisce, fra l'altro, lo stipendio di lire 4000 per il sanitario, vuol dire che già la condotta era ritenuta come limitata ai soli poveri. La trasformazione è, quindi, già avvenuta legalmente. In quanto ai sessennii in rapporto ai nuovi aumenti concessi dalla G. P. A., legga: «La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale» del dott. Justitia, a pagina 114.

(8897) *Certificati che rilascia l'ufficiale sanitario.* — Dott. F. M. da P. S. G. — L'ufficiale sanitario deve rilasciare gratuitamente i certificati di sana costituzione fisica a quelli che emigrano a scopo di lavoro. Da quelli che si recano all'estero per l'esercizio di una professione liberale può chiedere compenso. Per le visite alle abitazioni di nuova costruzione od in parte rifatte nulla compete, in quanto che dette visite sono fatte non nello interesse privato, ma in quello della collettività. Però, se per eseguire dette visite ha dovuto allontanarsi dalla sua residenza, gli competono le indennità previste dall'art. 86 del Regolamento generale sanitario. I certificati che l'ufficiale sanitario rilascia per l'abilitazione a condurre un veicolo a trazione meccanica sono a pagamento perchè riflettenti interesse privato, così come a pagamento, e per la medesima ragione, sono rilasciati i nulla osta pel trasferimento di un pubblico esercizio da un locale ad un altro.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 14070:

Le disposizioni concernenti la concessione della polizza di assicurazione riguardano per ora solo i combattenti dal 1° gennaio 1918 in poi.

Per i periodi precedenti nuove disposizioni dovranno essere emanate, ma per ora non sono state ancora pubblicate.

Ella dovrà quindi attendere tali disposizioni e far poi domanda per il servizio prestato con gli Alpini.

Al dott. B. R. da F.:

Occorre sapere quale servizio prestò il reggimento di cavalleria al quale Ella apparteneva. Comunque occorrerà attendere le disposizioni per la concessione della polizza pei combattenti anteriori al periodo 1° gennaio-4 novembre 1918, disposizioni che ancora non sono state emanate.

All'abb. n. 2050:

Occorre sapere se il reggimento con il quale Ella prestò servizio trovavasi nelle condizioni stabilite per essere considerato *in linea di combattimento*. In caso affermativo però occorre attendere sempre le disposizioni per la concessione della polizza che saranno emanate per il periodo anteriore al 1918, poichè Ella ha prestato servizio utile solo dal maggio 1915 al febbraio 1916.

All'abb. n. 4291:

Non sono state ancora emanate le disposizioni che riguardano la concessione della polizza ai combattenti prima del 1918.

Al dott. M. D. da M.:

Se Ella ha partecipato alle azioni del 1918 ha certamente diritto alla polizza. Occorre che ne rivolga domanda all'Ufficio Polizze di Assicurazioni Militari, Sezione Ufficiali, Bologna, esponendo tutto il servizio prestato.

Al dott. G. B. da T.:

Il periodo precedente al 1918 non è stato ancora codificato per ciò che concerne l'assegnazione della polizza. Infatti le disposizioni riguardano per ora solo il periodo dal 1° gennaio al 4 novembre 1918.

Occorre pertanto che Ella attenda la pubblicazione di queste nuove disposizioni per chiedere la polizza alla quale si può presumere abbia diritto.

M. G.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

29. Provincia di *Foggia*: Dottori: Borgia Giuseppe, Manfredonia, L. 500 — Muscettola Antonio, seppe, Manfredonia, L. 500 — Muscettola Antonio, Monte Sant'Angelo, L. 350 — Colucci Vincenzo, Cerignola, L. 300 — Spagnuolo Saverio, Manfredonia, L. 300 — Palmieri Giustino, Castelvecchio Pugliese, L. 300 — Nazzaro Giuseppe, Deliceto, L. 200 — Gabriele Antonio, San Nicandro Garganico, L. 200 — D'Anzeo Attilio, Sansevero, L. 200 — Del Luca Alessandro, Sarracapriola, L. 200 — Mancini Michele, Vico Garganico, L. 200 — Donatelli Nicola, Ascoli Satriano, L. 150 — Pepe Matteo, Ischitella, L. 150 — Pucci Giacomo, Volturino, L. 150 — La Selva Luigi, San Marco in Lamis, L. 150 — Querqued Orazio, Alberona, L. 100 — Durante Francesco, Bovino, L. 100 — Rossi Raffaele, Celenza Valfortone, L. 100 — Pistacchi Domenico, Chienti, L. 100 — De Cesare Colombano, Losina, L. 100 — Ciruolo Raffaele, Panni, L. 100 — Trombetti Giuseppe, San Marco in Catola, L. 100 — Resse Felice, Stornavalle, L. 100 — Marinelli Ferdinando, Torremaggiore, L. 100 — Rizzi Michele, Trinitapoli, L. 100.

30. Provincia di *Reggio Emilia*: Dottori: Altana Giuseppe, Reggio Emilia, L. 400 — Carani Umberto, Scandiano, L. 400 — Castagnetti Fortunato, Bibbiano, L. 300 — Gallingani Imerio, Cadelbosco Sopra, L. 300 — Rio Giuseppe, Correggio, L. 300 — Campani Paolo, Albinea, L. 200 — Fattori Marcello, Baiso, L. 200 — Ferrarini Pietro, Carpineti, L. 200 — Nobili Brenno, Ciano Enza, L. 200 — Campanini Alcide, Ramiseto, L. 200 — Oliva Comingio, Castelnovo Sotto, L. 200 — Currini-Galletti Cosimo, Villaminozzo, L. 200 — Turba Carlo, Luzzara, L. 200 — Pinto Leopoldo, Gualtieri, lire 200 — Pignedoli Tito, Castelnovo, L. 200 — Bargamini Edmondo, Brescello, L. 200 — Rossaro Giorgio, Brescello, L. 200 — Ferrari Brenno, Medico aggiunto all'Ufficio d'Igiene di Reggio Emilia, L. 200 — Tonelli Giuseppe, Casalgrande, lire 150 — Gibertini Roberto, Sant'Ilario d'Enza, L. 150 — Zappettini Lorenzo, Vetto d'Enza, L. 150 — Mazzini Francesco, Quattro Castella, L. 150.

31. Provincia di *Campobasso*: Dottori Berchicci Pasquale, Palata, L. 500 — Pappone Giuseppe, Colletorto, L. 400 — Colacci Giacinto, Boiano, L. 300 — Battista Giuseppe, Larino, L. 300 — Capriglione Raffaele, Santa Croce di Magliano, L. 300 — Caserta Pasquale, Sepino, L. 200 — Della Porta Giuseppe, Guglionesi, L. 200 — Baccari Adriano, Bonefro, L. 200 — Sabetta Matteo, Ururi, L. 200.

32. Provincia di *Firenze*: Dottori Cicheri Matteo, Pontassieve, L. 300 — Bertini Pio, Rocca San Casciano, L. 300 — Redi Alberto, Castelfiorentino, L. 300 — Licini Esuperio, Greve, L. 300 — Martinuzzi Gino, Campi Bisenzio, L. 300 — Andreini Giulio, Fucecchio, L. 300 — Cicognani Demetrio, Santa Croce sull'Arno, L. 300 — Beccherie Guido, Marradi, L. 300 — Bartolini Francesco, Scarperia, L. 300.

CONCORSI.

ALESSANDRIA. — Condotta suburbana; L. 5000 e sei bienni del 4 % pei pov., compreso 1° caro-viv.; 2° caro-viv. di L. 100 mens.; L. 300 p. supplenza; L. 1500 p. cavalc., ovvero 800 per motocil., ovvero 400 per bicicl. Chiedere annunzio. Scad. 20 luglio.

BRENDOLA (*Vicenza*). — L. 13.600 complessive, oltre caro-viv. di legge e alloggio. Scad. 5 agosto.

CAGLIARI. *Ospedale Civile*. — Chirurgo primario; L. 4500; quota sulle tasse d'operazione. Sessennio e poi conferme fino a 65 anni. Chiedere annunzio al segretario-capo dell'Amministrazione. Scad. 31 luglio.

CARPINETO NORA (*Teramo*). — Medico per i poveri; rivolgersi alla Segreteria. Scad. 18 luglio.

CASANOVA (*Novara*). — Consorzio con Elvo e Formigliana; L. 4000 per 300 poveri; addizion.; per uff. san. L. 500; mezzi trasp. L. 500; alloggio; due caro-viv. Scad. 15 luglio.

CASTEL VITTORIO (*Porto Maurizio*). — L. 5940; per uff. san. L. 540. Scad. 15 luglio.

CINIGIANO (*Grosseto*). — Proroga al 15 luglio; residenziale per Sasso d'Ombrone; L. 7000 (in corso d'approvazione aum. a 12.000); due caro-viv.

COPPARO (*Ferrara*). — L. 6500 per 1000 pov.; 5 bienni del decimo; due caro-viv.; cavallo L. 2500; motoc. L. 2000; bic. L. 700; addiz. L. 2. Scadenza 20 luglio.

CUTROFIANO (*Lecce*). — Poveri 2ª cond.; L. 5000 e 4 quinq. del decimo; se servizio fuori dell'abitato, L. 1500 per cavalc. Scad. 20 luglio.

DICOMANO (*Firenze*). — 2ª cond. residenziale; L. 6000; 8 trienni del dec.; caro-viv.; indennità cavalc. di L. 2000 (variabile). Scad. 15 luglio.

FELTRE (*Belluno*). — Condotte 1°, 3° e 4° riparto; L. 6000 e 8 trienni del decimo fino a 1000 pov., addizion. L. 2; due caro-viv. All'uff. san. (1ª cond.) L. 500; indennità trasporto (3ª e 4ª cond.) L. 3500; indenn. speciale (4ª cond.) L. 1000. Chiedere annunzio. Scad. 15 luglio.

MONTAIONE (*Firenze*). — Per S. Vitale; L. 6000 e 8 trienni decimo; due caro-viv.; L. 4000 per mezzi trasp. Scad. 31 luglio.

PIENZA (*Siena*). — 2ª cond., residenz.; L. 5000 e 8 trienni del ventes.; L. 3000 cavalc.; L. 400 uff. san.; due caro-viv. Scad. 15 luglio.

POGGIO CATINO (*Perugia*). — A tutto 31 luglio; L. 6000, tre quinquenni del decimo, L. 1000 disagiato servizio, L. 1000 resid. povera se gli abbienti non raggiungono 300; L. 500 uff. san.; L. 800 cavalc.; assicur. per L. 15,000; ab. 1270. Accettazione entro 10 giorni, assunzione servizio entro 20. Chiedere annunzio.

S. PAOLO CIVITATE (*Foggia*). — L. 4000 oltre le indennità caro-viv. Scad. 12 luglio.

S. ANGELO FASANELLA (*Salerno*). — L. 3000 indennità resid.; L. 500 uff. san.; L. 500 Carcere Mandam.; L. 1000 per le prime 100 famiglie pov.; caro-viv. Scad. 18 luglio.

SOGLIANO AL RUBICONE (*Forlì*). — Poveri 3° riparto; L. 8000 (in corso di approvaz.) e due caro-viv.; L. 2500 per cavalc.; 10 bienni del ventesimo. Scad. 20 luglio.

SUTRI (*Roma*). — L. 7000 per 2000 pov.; L. 1.50 ogni povero in più, due caro-viv., 5 quadrienni del dec., L. 300 per uff. san. Scadenza 25 luglio.

VENEZIA. *Spedale Civile*. — Aiuto nel Riparto Elettroterapico e Radiologico; L. 4800 e indennità mensile da fissare; bienni, conferma biennale. Scad. ore 17 del 20 luglio. Titoli ed esami. Rivolgersi al Consiglio d'Amministrazione.

VOGOGNA (*Novara*). — Consorzio con Rumianca; L. 10,000 residenziali; L. 10 ogni povero in più di 1000; L. 1000 quale uff. san. Scad. 15 luglio.

Medico-Chirurgo, dieci anni laurea, sei anni assistentato Clinica chirurgica, assumerebbe per i mesi di settembre e ottobre interinato in piccolo ospedale o in condotta chirurgica, preferibilmente Italia Centrale. Rivolgersi: Nunzio Pezzani, Viale XX Settembre, 37, Massa (Massa e Carrara).

Accetterebbesi interinato in qualsiasi paese Italia settentrionale. Scrivere: Dott. Liborio Schittone, Caltabellotta (prov. Girgenti).

Cercasi interino per la 1ª condotta di Monte S. Savino (Arezzo), comprendente le fraz. Montagnano e Alberaro, pianura; L. 9000 lorde, c.-v., mezzi di trasp. a carico del Comune. Quanto prima sarà aperto concorso per la 2ª condotta.

Medico chirurgo, laureato da 6 anni presso la R. Università di Roma, ex-capitano medico, cerca interinato vantaggioso Alta o Media Italia, preferendo luogo piano e con probabilità nomina stabile. Offerte a Medico condotto di Cropalati (Cosenza).

Giovane medico, sette anni laurea, pratica libera e ospedaliera militare, cerca, dietro concorso, posto in ospedali provincia Emilia, Romagna, Lombardia e Marche. Scrivere: Tommaso Trapuzzano - Gizzeria (Catanzaro).

Diffide.

Nuove diffide: Premeno-Esio, Vogogna-Rumianca e Premosello (Novara), Montanaso Lombardo (Milano), Vigonovo (Venezia), Teglio 3° (Sondrio), Riolunato (Modena), Ostra (Ancona).

Revoca di diffide: Vernate (Milano).

AVVERTENZA. — Si vedano anche gli annunzi inseriti nei fascicoli precedenti.

Uffici di collocamento.

La Presidenza dell'Ordine dei Medici di Torino (via dei Mille, 16) ci comunica che l' Ufficio di collocamento, già istituito presso l'Ordine dalla Federazione Ligure-Piemontese dei M. C., da tempo ha cessato di esistere, per deliberazione della Federazione stessa; ma ora l'Ordine istituirà un nuovo Ufficio di collocamento per le condotte della Provincia e per i colleghi inscritti nell'Albo dell'Ordine (non per altri posti o per altri medici).

MEDICINA SOCIALE.

La nuova lega abolizionista dei Regolamenti contro la prostituzione.

Questo Periodico ha ora annunziata la costituzione in Roma di una *Lega abolizionista* che avrebbe a suo fine precipuo di combattere i regolamenti statali contro la prostituzione, poichè sarebbero non solo un errore dal lato della salute pubblica, ma una ingiustizia sociale, una mostruosità morale, e perfino giuridicamente un delitto!

La nuova lega non ci appare che una rifioritura intempestiva, inopportuna della famosa Federazione internazionale abolizionista, *ante bellum*, creata dal fanatismo evangelico della *Bulter* fra pastori protestanti *quakers*, socialisti teorici, ed associazioni femminili, che riguardano la complessa questione soltanto dal lato sentimentale.

Intempestiva perchè, se havvi momento contrario alla rinascita di codeste leghe abolizioniste, che in ultima analisi pretendono la libertà alla donna di prostituirsi anche per commercio (*palam sine delectu, pecunia accepta*) ci sembra proprio questo, nel quale, checchè osino asserire gratuitamente certuni, se non si fosse ricorso, nel tempo di guerra, a mezzi coercitivi straordinari, per quanto spesso insufficienti, oggi si sarebbero certamente dovute deplorare conseguenze più tristi e maggiori a danno non solo delle persone, ma della società.

Le relazioni e le statistiche esaminate senza preconcetti sono abbastanza dimostrative.

Inopportuna, perchè oggi sono tante le provvidenze urgenti contro la tubercolosi, la malaria, ed altri mali sociali, che non sembraci lodevole distrarne le forze, l'azione per un problema che non ha, almeno per ora, fondamento, nè probabilità di attuazione, neppure negli Stati moderni più avanzati nelle loro nuove legislazioni, se si fa qualche eccezione non troppo soddisfacente.

Dobbiamo poi aggiungere che codesta Lega ci sembra incompetente in materia, pretendendo d'imporre la propria opinione nel lato più importante della questione quale è quello profilattico, igienico e sifilologico, mentre mancano in essa, o ne sono una più che esigua parte, specialisti od igienisti, di fronte alla grandissima maggioranza di filantropi, di teorici, di filosofi, di giuristi illusi, che riguardano la questione solo dal lato giuridico o da quello morale.

Del resto chi potrebbe essere quel sifilografo, che dopo aver verificati da vicino nella pratica quotidiana in guerra, ed anche in pace, i gravi frequenti danni delle infezioni veneree sifilitiche per causa della prostituzione, spesso poco razionalmente sorvegliata, non siasi formato il convincimento che è dannosissimo lasciarla libera?

Chi potrà essere quella donna, animata dallo spirito nobilissimo di fare del bene venendo a conoscere le depravazioni morali più abiette e ributtanti di non poche prostitute, vere degenerate, oserà di reclamare che sieno lasciate libere di diffondere non solo la corruzione più laida, ma funestissimi mali?

Abolendo pertanto ogni più razionale disciplina, ogni sorveglianza sulla prostituzione, non solo si verificherebbe tosto una maggior diffusione del flagello venereo, specialmente perchè in Italia manca ogni criterio di difesa personale, ma si commetterebbe una cattiva azione, antiumanitaria, antisociale, e di grande responsabilità.

Il Governo, convinto invece della necessità urgente di rendere meno nociva la prostituzione ha già preparato opportunamente, mercè il concorso di persone autorevoli e di provetti sifilografi, una riforma urgente al Regolamento, certamente ora difettoso, deficiente, come abbiamo più volte tentato di dimostrare.

Sarebbe stato piuttosto opportuno ed utile, che le innovazioni, i miglioramenti apportativi, prima dell'applicazione fossero fatti conoscere a coloro, che avrebbero potuto darne autorevole spassionato giudizio, onde evitare possibilmente ogni lacuna, ogni difetto.

Si sarebbe per tal modo anche fatto meglio comprendere agli abolizionisti che la loro nuova levata di scudi sarà anche questa volta destinata a convalidare, anzichè ad indebolire il valore di una oculata razionale efficace vigilanza, non vessatoria, e di una saggia disciplina contro la prostituzione di mestiere.

Non parliamo dell'altra terribile piaga sociale, la prostituzione delle minorenni, alla quale le Leghe abolizioniste potrebbero piuttosto rivolgere la loro attività, onde togliere dalla via della perdizione tante giovani, redimendole moralmente. Nè possiamo fare qui parola di altre importanti questioni inerenti all'argomento gravissimo sul quale ci riserbiamo di ritornare.

La *Lega abolizionista* farebbe piuttosto, a nostro avviso, opera benefica, anzichè correre dietro all'utopia della libera prostituzione, adoperandosi efficacemente a fondare anche in Italia, come da anni ci auguriamo, una *Società di profilassi sanitaria e morale*, quale il Fournier fondò in Francia nel 1901 per la difesa sociale e morale contro il pericolo venereo nel più ampio significato.

Questo sarebbe un campo di azione vasta quanto mai necessaria e vantaggiosa, in cui vorremmo con grande soddisfazione vedere almeno indirizzata l'opera della nuova Lega romana abolizionista.

Prof. D. Barduzzi.

ATTI PARLAMENTARI.

Per la riforma della legge sui manicomi.

L'on. Guido Bergamo ha presentato una interrogazione al Ministro dell'Interno « per sapere quali provvedimenti intenda prendere in seguito alle denuncie fatte da un consigliere provinciale di Venezia e riportate nel periodico *La voce sanitaria* di Venezia, secondo le quali in alcuni ricoveri per alienati cronici, come, ad esempio, nel Pio Istituto di Moliano Veneto, il mantenimento di questi verrebbe fatto a rette di ospedalità bassissime a prezzo di una assistenza insufficiente per il numero e per la qualità di personale, di una direzione psichiatrica esautorata od assente e di ricovero permanente senza dimissioni dei degenti dimissibili, e se non creda di affrontare lo studio della riforma della legge 1904 sui Manicomi e sugli alienati, per modo che non sia più possibile la speculazione che privati ed enti pubblici fanno sui malati di mente cronici poveri, ma resti affidata la loro assistenza agli Istituti provinciali od altri ospedali psichiatrici ».

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia (maggio 1921)

MALATTIE	2-8		9-15		16-22		23 maggio 5 giugno	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	219	1986	238	2012	293	2763	281	2281
Scarlattina. .	76	235	72	183	69	183	80	325
Vajuolo e vajoloide . . .	23	58	20	71	31	75	36	91
Tifo addominale . . .	100	193	65	129	119	222	117	237
Difterite e croup . . .	121	182	83	127	119	190	124	234

Permane tuttora l'epidemia morbillosa in Piemonte, Lombardia, Emilia, Toscana, Puglie. Il vaiuolo si è andato riducendo a pochi casi sporadici in Sicilia e qua e là nel Regno.

NOTIZIE DIVERSE.

L' Istituto dei grandi invalidi nervosi.

Il 2 giugno venne inaugurato nella villa donata dal senatore Borletti, ad Arosio (Brianza), l'Istituto di assistenza ai grandi invalidi nervosi, per gravi ferite in regioni vitali (cervello, sistema nervoso).

Rese gli onori di casa il prof. Medea, assistito dall'aiuto-residente dott. Gallone e contornato dal Comitato, dalle patronesse e dagli invitati, fra i quali il generale De Albertis e il prefetto gr. uff. Lusignoli.

Il prof. Medea parlò anche in rappresentanza del presidente onorario, senatore Golgi, facendo la storia dell'Istituto; seguirono brevemente l'architetto Giachi, il colonn. med. Perego e il Prefetto.

Non c'è obbligo di lavoro per i ricoverati, ma tutti lavorano, disegnano, tessono magnifici tappeti, fanno graziosissime borsette di perle, oggettini di metallo stampato. I prodotti di questi lavori spettano a chi li compie. Nella villa vi sono bagni, infermerie, sale per medicazioni, per elettroterapia, per ginnastica medica, per elioterapia; v'è anche un palcoscenico per piccole rappresentazioni. L'orto dà erbaggi in abbondanza; i contadini che lo coltivano allevano polli e tengono mucche per l'Istituto; peschiere e uccelliere adornano il giardino. Tutto v'è ordinato con amore, previdenza, volontà di bene, sì che quei giovani sentono che non saranno mai dimenticati.

L'Associazione italiana per l'igiene.

Al Congresso degli Igienisti, tenutosi a Trento, è stato deciso che la Federazione degli addetti ai servizii di vigilanza igienica venisse trasformata in Associazione per l'Igiene pratica, in modo da rendere possibile, con una più vasta organizzazione, l'esplicazione della propaganda, che è base per l'incremento della coscienza igienica nazionale.

Sono stati acclamati presidente il prof. A. Sclavo, vice-presidente il prof. A. Vivante, segretario-cassiere il dott. G. Palomba.

La Colonia " Alberto Lutrario „ nell'Asilo di Marechiaro.

Nell'ambito del ridente Asilo-Scuola di Marechiaro a Napoli è stata fondata una Colonia permanente che recherà il nome dell'illustre e benemerito comm. Lutrario.

Il sentito omaggio reso dal prof. Tropeano, fondatore dell'Asilo, al Direttore generale della Sanità pubblica è una giusta corrispondenza a tutta l'ammirevole generosità con cui il comm. Lutrario assiste lo sviluppo della bella e grande Opera ideata ed attuata dal Tropeano, S. M. il Re, che apprezza molto l'opera del Lutrario, nell'apprendere quanto sopra visitando l'Asilo, ha dimostrato la sua viva compiacenza.

La Colonia è costituita da due padiglioni Brambrilla (dormitorî) e da due padiglioni Doeker (scuola e infermeria) donati appunto dalla Direzione generale della Sanità pubblica, che l'ha anche sussidiata con lire 60.000.

Essa è destinata ad accogliere bambini della città e provincia di Napoli, i quali uniscano le due

tristissime condizioni di abbandono morale e materiale e di predisposizione alla tubercolosi. La finalità della Colonia, mentre dà nuovo splendore all'impresa, assicura un vero imperituro monumento a chi con tanta illuminata abnegazione dirige nei nostri difficili momenti le sorti della Sanità pubblica del Regno. Il comm. Lutrario — napoletano — raccoglie perciò le più intense manifestazioni di stima e di plauso dalla cittadinanza partenopea.

Il Gruppo parlamentare per l'educazione fisica.

Si è riunito a Montecitorio il Gruppo parlamentare per l'educazione fisica e per l'incremento dello *sport*.

Gli aderenti sono più di 30 e il lavoro s'inizia sotto gli auspicii più favorevoli.

È stato nominato il Direttorio, fissandone la definitiva costituzione in cinque membri. Sono stati eletti per acclamazione a farne parte gli onorevoli Capanni, De Capitani, Finzi, Mauro, Zaniboni.

L'on. Mazzini è stato incaricato di riferire, in una prossima riunione, intorno alle leggi per la caccia e per la pesca, mentre l'on. Ostinelli si occuperà delle disposizioni atte a facilitare l'uso dei camions per le escursioni domenicali dei giovani ai fini dell'educazione fisica.

Agli on. Benni, Finzi e Olivetti è stato affidato di espletare il mandato di avanzare ai poteri competenti proposte complete circa il tassamento fiscale delle motociclette e degli automobili. Da ultimo il Gruppo ha preso le disposizioni atte ad assicurare il suo miglior funzionamento e l'on. Capanni è stato nominato segretario.

Omaggi ai professori Giuffrè e Tricomi.

I laureandi in medicina dell'Università di Palermo hanno offerto una medaglia d'oro ai professori Giuffrè e Tricomi — direttori della Clinica medica e della Clinica chirurgica — quali attestazioni di gratitudine e di plauso.

Corso internazionale per infermiere.

La Lega delle Società di Croce Rossa (Ginevra) comunica:

Visti gli eccellenti risultati del Corso Internazionale di Sanità Pubblica, organizzato quest'anno a Londra per le infermiere della Croce Rossa, la Lega delle Società della C. R. ha deciso di organizzare un nuovo Corso per il prossimo anno a Londra, non più al «King's College for Women», ma al «Bedford College for Women», che, come il primo, dipende dall'Università di Londra. Il Corso comincerà il 7 ottobre 1921.

Il Corso precedente è stato frequentato da 19 infermiere, rappresentanti 18 paesi diversi. Al nuovo Corso si sono già iscritte una infermiera giapponese, una cinese ed una della Nuova Zelanda, e si prevedono numerose altre iscrizioni. Come l'anno scorso, le Società nazionali della Croce Rossa, che fanno parte della Lega, sono state pregate di offrire borse di studio onde permettere alle infermiere della Croce Rossa di frequentare il Corso internazionale.

Congresso dei medici alienisti e neurologi della Francia e dei Paesi di Lingua francese

La XXV Assise di questo Congresso avrà luogo, come abbiamo annunziato, a Lussemburgo, sotto l'alto patronato delle Altezze Reali la granduchessa Carlotta e il principe Felice di Lussemburgo; ne saranno presidenti Buffet di Ettelbruck e Meige di Parigi, vice-presidente G. Lépine di Lione e segretari generali Forman di Lussemburgo e Lalaune di Nancy. Temi in discussione saranno: «La coscienza dello stato morboso nei psicopatici», relat. Logre; «La simulazione delle malattie mentali», relat. Porot; «L'epilessia traumatica», relat. Béhauge; sono annunziate numerose comunicazioni, alcune delle quali con proiezioni fotografiche e cinematografiche; sono predisposte varie escursioni, visite e ricevimenti.

Quota per i membri aderenti 30 franchi; per i membri associati (signore, persone di famiglia, studenti) 15 franchi.

Sono soppresse per i congressisti le formalità dei passaporti per il Lussemburgo.

Per le informazioni rivolgersi al dott. Lalaune, Médecin en Chef de l'Asile d'aliénés de Maréville, près Nancy (M.-et-M.; Francia).

Corso sull'elioterapia.

Un corso teorico e pratico di elioterapia sarà tenuto a Leysin, nei giorni 16-20 agosto, dal dott. Rollier e dai suoi collaboratori. Per informazioni rivolgersi al Segretariato medico del dott. Rollier a Leysin (Svizzera).

Condizioni igienico-sanitarie in Russia.

La Sezione Medico-Sanitaria presso la Delegazione Economica in Italia della *Repubblica Socialista Federativa dei Sovieti di Russia* ci trasmette alcune relazioni, dalle quali risulta che in Russia si è provveduto ad aumentare gli ospedali ed i posti-letto, che ormai giungono rispettivamente a 24,000 ed a 320,000, senza contare altri 250,000 letti provvisori per i casi di epidemia: che si è provveduto ad aumentare il numero del personale sanitario, utilizzando in primo tempo gli studenti, mentre ora vengono laureati 5000 medici l'anno (agli studenti in medicina si forniscono vitto e alloggio gratis; si è aumentato il numero delle Facoltà mediche, portandolo a 25; ecc.): che durante il blocco si è riusciti a produrre in Russia alcuni medicinali più indispensabili; che una propaganda igienica attivissima viene compiuta per mezzo di fogli volanti, opuscoli, conferenze, treni-esposizioni, ecc., e chiamando i lavoratori a far parte dei Comitati d'igiene, nonchè istituendo le «settimane di pulizia», ecc.; i servizi igienico-sanitari sono stati accentrati nel *Commissariato di salute pubblica*, il che ne accresce il rendimento.

I risultati emergono in specie nella lotta contro il tifo esantematico, che aveva assunto proporzioni straordinarie, mai registrate nella storia, con più di 6 milioni di casi dal 1918 al 1920, mentre ora l'epidemia viene soffocata (se pure non deve ammettersi una riduzione spontanea. *N. d. Redaz.*).

RASSEGNA DELLA STAMPA.

New York State Medical Journal, maggio. — G. EMERSON BREWER. Idronefrosi intermittente. — J. T. CASE. Fisiologia e patologia chirurgiche del colon ai raggi X.

La Clinica Pediatrica, V. — L. MORINI. Corea volgare ed infezione sifilitica.

Pensiero Medico, 21 maggio. — G. ZAGARI. La policlinica in rapporto alla cultura medica.

Pathologica, 1° giugno. — A. FONTANA. Reperti spirochetosimili nella psoriasi volgare.

The Journal of the American Medical Association, 14 maggio. — H. NICHOLS. Valore spirocheticida dell'etilarsinato diiodico (monarsone). — W. F. TANNER e G. L. ECHOLS. Dieta e pellagra. = 21 maggio. — M. P. RUCKER e C. C. HASKELL. I pericoli dell'estratto pituitario.

The British Medical Journal, 11 giugno. — C. E. JENKINS. I vaccini «residuali» (detossicati).

La Presse Médicale, 1° giugno. — C. LENORMANT. La tubercolosi dei gangli geniani.

Rivista critica di Clinica Medica, 25 maggio. — G. TADDEI. Le forme di passaggio fra atassia ereditaria di Friedreich ed eredo-atassia cerebellare di Marie.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 17 giugno. — F. BERNDT. La prostatectomia mediana. — W. SCHNELL. Il medico e l'aviazione.

Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition, n. 3. — P. DUVAL e J. GATELLIER. Le stenosi croniche sotto-vateriane del duodeno da malformazioni congenite del peritoneo.

Paris Médical, 28 maggio. — LABBÉ, J. HUTINEL e F. NEPVEU. L'insufficienza epatica con acidosi in gravidanza.

Novotherapia, maggio. — N. GURGEL. Morte immediata da iniezione di siero antitossico.

The Lancet, 4 giugno. — J. MACKENZIE. Cardiopatie e gravidanza. — A. J. WALTON. Chirurgia della glandola pituitaria. — L. ROGERS. L'olio di chaulmoogra nella lebbra e nella tubercolosi.

Endocrinology, maggio. — G. N. STEWART. Insufficienza adrenalica. — H. WHEELON. Alterazioni del testicolo nella vasectomia. — A. C. MASSAGLIA. Ipofunzione paratiroidea ed eclampsia.

La Presse Médicale, 29 maggio. — A. CRAINICIASSU e M. POPPER. L'insufficienza epatica in gravidanza.

The Practitioner, giugno. — H. W. BAYLY. Il trattamento abortivo della gonorrea nell'uomo.

Medical Record, 28 maggio. — S. NACCARATI. Ormoni ed emozioni. — D. BROWN. Avvelenamento da gas di petrolio.

Journal des Praticiens, 28 maggio. — F. CALOT. La sublussazione congenita dell'anca: malattia proteo.

Paris Médical, 18 giugno. — P. HARVIER. I virus filtranti neurotropi.

Pensiero Medico, 7 maggio. — G. G. PALMIERI. Sull'impiccolimento dell'aia d'ottusità assoluta del cuore nell'inspirazione profonda.

Archivio di Antropologia Criminale, Psichiatria e Medicina Legale, marzo-aprile. — R. MAGNANIMI. Per una più precisa interpretazione dell'art. 107 del Cod. Civ. — L. LATTES. La pericolosità criminale dal punto di vista medico-legale.

The Journal of the American Medical Association, 28 maggio. — R. ELLIOTT. Stasi sanguigna da alta tensione. — F. R. GREEN. Le responsabilità sociali della moderna medicina. = 4 giugno. — E. W. GOODPASTURE. Necrosi miocardica nell'ipertiroidismo. — G. M. MACKENZIE. Desensibilizzazione serica — M. F. MORRIS. Diagnosi dell'ipertiroidismo mite. — B. B. CROHN e A. La prova di Lyon nelle malattie della cistifellea.

The Boston Medical and Surgical Journal, 2 giugno. — J. W. SHANNON. I fattori cancerigeni essenziali.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 3 giugno. — P. MORAWITZ e G. DENECHE. L'esame della funzione vascolare. — H. SCHOTTMÜLLER. Trattamento dell'aborto settico.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXVIII — Roma, 18 Luglio 1921 — Fasc. 29

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI.

SCUOLA DI MEDICINA PRATICA DELL'OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA.

La tinta dei malarici.

Lezione del prof. GIUSEPPE JONA medico primario.

I.

Vi presento questi quindici malarici, provenienti in piccola parte dalla città, i più dal litorale e dalle campagne della nostra «bassa» Veneta, dal Cavallino, da Cavazuccherina, da San Michele del Quarto, da Musile, da Caorle, da tutti questi sventurati paesi che le vaste opere di bonifica idraulica e agricola avevano redento dalla malaria, e che la guerra ha restituito ad essa, quale sua infelicissima preda.

Di questi quindici casi, alcuni sono primitivi, i più sono recidivi di uno o più anni; sono quasi tutti forme ostinate, ribelli alla cura chininica; gli ultimi attacchi febbrili risalgono, secondo i casi, da uno fino ad otto, dieci giorni fa.

Ve li presento oggi per studiare con voi un particolare d'esame del malarico, con dettagli che, dopo quanto vi dirò, troverete forse non del tutto insignificanti: per studiarne cioè la tinta.

Osservate le varie tinte di questi nostri malati: osservatene la faccia, il collo, il tronco, le mani, e vedrete come il massimo numero tra loro abbia quel colorito giallo-palli-

do, giallo-sporco, giallo-terreo, che viene descritto universalmente quale caratteristico dei malarici.

Quest'altra malata di anni 60, gravissima, tuttora con sintomi perniciosi, è di un grigio-bruno terreo.

La S. Ines, giovane di 21 anni, che ebbe forma estivo-autunnale ribelle, ha un giallore diverso dai primi e che è apprezzabile anche alla sclera e alla mucosa orale: è veramente sub-itterica.

Finalmente la malata C. Teresa, di anni 26, sfebbrata da dieci giorni, è di un bianco-cereo sia alla faccia che al collo, alla palma e al dorso della mano. La congiuntiva è di un pallore impressionante.

Eccovi dunque le tinte dei malarici: giallo-terreo, grigio-terreo, sub-itterico, pallido-cereo, e quale ve le espongo, tale è il loro ordine di frequenza. Ne aggiungo un'altra, che io non vidi mai, che venne descritta qualche volta, e che credo eccezionale: la tinta scura melanica.

Queste tinte hanno esse un significato specifico? Vi dico subito che io non lo credo. Prescindo pel momento dal giallo-itterico e dalla melanodermia, che meritano di essere considerate a parte: per tutti gli altri, direi pel 95 %, che appartengono ai giallo-terrei, ai grigio-terrei, ai pallido-cerei, lo studio attento del fenomeno mi ha convinto che essi hanno puramente e semplicemente una tinta anemica.

È questa l'opinione corrente? No certamente. Tutti parlano di queste tinte sporche dei malarici, come di qualche cosa di caratteristico che impone quasi la diagnosi o la aiuta: nessuno però le ha analizzate.

Considerate i trattati classici: il Mannaberg, il Ruge, il Marchiafava e Bignami, l'Ascoli: descrivono la tinta succintamente, non danno un reperto anatomo-istologico della pelle. Solo l'Ascoli accenna ad elementi patogenetici molteplici, senza però dimostrarli.

Orbene, l'opinione che mi si è imposta da uno studio attento del problema è questa: il colorito dei malarici non è nè più nè meno che la tinta fondamentale ordinaria, individuale, della pelle, tinta che normalmente è mascherata dal color rosso del sangue dei capillari cutanei, e che si rende manifesta, tosto che il sangue si rende così povero di emazie, e quindi di emoglobina, da diventare un liquido pallidissimo.

I malarici, dunque, sono gialli, grigi, bianchi, a seconda che la loro pelle, fisiologicamente, è fondamentalmente gialla, grigia, bianca.

In qual modo si può persuadersene? Prendete un certo numero di individui sani, o malati di altre forme: osservatene la pelle, dopo averne cacciato il sangue colla spremitura, o schiacciandola attraverso un vetro trasparente affatto incoloro (la diascopia di Unna); vedrete la grande frequenza con cui comparisce l'intenso colorito giallo, identico a quello dei malarici. Se questo lo fate in una serie di uomini della campagna, nei quali, per ragioni che svolgerò altrove, la pelle è quasi costantemente gialla, vedrete che il giallo intenso comparisce quasi nel 100 %.

Per la popolazione di un dato sito, vedrete che la percentuale dei gialli tra i sani e quella dei gialli tra i malarici sono eguali. Questo dato è frutto di pazienti osservazioni condotte sui malati del nostro ospedale, e su quelle moltissime centinaia di giovani soggetti, malarici e non malarici, delle città e delle campagne, delle provincie del nord e del sud, che mi sono passati sotto gli occhi nei quattro anni di guerra, al nostro ospedale Militare di Santa Chiara.

Ma la tinta fondamentale normale non è sempre la gialla. In un discreto numero di casi essa è brunetta o grigio-brunetta, e allora, quando l'avete spogliata del coefficiente rosso del sangue, vi resta un grigio-terreo che è identico a quello che vi comparisce nello stesso per cento di malarici. In questi casi, alla tinta gialliccia, diffusa, ed omogenea, dello strato corneo e spinoso, si aggiunge il coefficiente dell'abbondanza del pigmento fisiologico granuloso bruno-gialliccio, affatto indipendente dal processo malarico. Tale pigmento è depositato nello strato basale del reticolo Malpighiano, e solo quando la tinta bruna è molto intensa, si trova anche negli strati più superficiali di esso, e nell'immediato ipoderma.

Vi ripeto che vi sarà facile constatare che fra i malarici voi troverete i grigio-terrei nella stessa proporzione numerica, rispetto ai gialli, come tra i non malarici.

E finalmente negli abitanti della città, e solo tra le donne della campagna, vi è un certo numero di pelli bianche, talora interamente e veramente bianche, talora tali che vi si riconosce a fatica e solo con opportune condizioni di luce, una lievissima sfumatura giallognola. Le pelli bianche sono rare: per dirvi una cifra pur tratta dalle condizioni più favorevoli vi dirò che, p. es., tra le donne cittadine, nostre, esse non raggiungono il 2 %. Tra le malariche ne troverete circa altrettante.

Che vi sieno dei malarici, anche dei perniciosi, di un pallore bianco-cereo, non ho visto detto da alcuno; ma chiunque si prenderà la briga di controllare la mia osservazione, ricor-

dando che questi casi sono altrettanto rari quanto sono rari gli individui a tinta fondamentale veramente bianca, non tarderà a confermarla.

La tinta gialla del malarico è diffusa a tutta la persona: certo però la sua nota più spiccata è alla faccia e alle mani. Il giallo più intenso è al palmo delle mani e alla pianta dei piedi, dove si va da un giallo chiaro a un giallo canario, a un giallo arancione intenso.

In un mio breve articolo sul segno di Philippovicz nel tifo (in corso di pubblicazione nella *Gazz. degli Ospedali*) ho già rilevato che il giallore palmo-plantare è ancora più frequente nella malaria che nel tifo, poichè mentre nel tifo lo ho rilevato in 49 % dei casi per le mani e 61 % per il piede, nella malaria supera in ambedue l'80 %.

Sulla cute palmo-plantare il giallo è più intenso perchè è più grossa l'epidermide.

Se avrete la pazienza di leggere il lavoro che ho dedicato alle tinte gialle in generale e che sarà pubblicato prestissimo, vedrete come sia proprio l'epidermide la sede della colorazione gialla e per quali suoi componenti.

Anche la faccia e il collo, parti scoperte, hanno una propria tinta non sempre identica a quella del tronco, un po' per lo spessore un po' diverso dell'epidermide, un po' per l'azione della luce solare che le impartisce più facilmente un coefficiente grigio pigmentale. Del resto anche qui prevale il giallo-terreo.

II.

Voi domanderete se in quel giallo terreo e in quel grigio-terreo, che è proprio del 90 % dei malarici, e che sembra così caratteristico per essi, è proprio possibile che nulla di specifico sia dovuto alla malaria stessa, e sopra tutto se è possibile che non c'entri affatto quel pigmento che deriva così abbondante dal sangue distrutto del malarico, che circola in parte col sangue di lui, che si deposita così abbondante nei suoi visceri? Orbene, io credo proprio di poterlo escludere, non solo per quanto vi ho detto finora, ma anche per quanto mi risulta dall'esame istologico della pelle tratta dal cadavere di perniciosi. Io l'ho studiata in parecchi casi, e, fin da quando, molti anni or sono, ho seguito una intera stagione malarica a Grosseto, e poi qui negli anni di guerra e dopo.

Anzitutto vi dirò che anche tra i perniciosi, cioè tra i malarici in cui la dissoluzione del sangue è massima, vi sono gialli e bianchi nella stessa proporzione che tra i meno gravi. Poi vi aggiungerò che ho avuto casi di pelli bianche di perniciosi in cui ho trovato pigmento estremamente scarso, come nelle pelli bianche dei non malarici, che esaminai delle pelli gialle, delle pelli grigie, in cui ne trovai nè più nè meno, nè di proprietà diversa che in quelle di individui morti per le più svariate forme morbose. I preparati che vi presento di malarici e non malarici possono darvene la prova più evidente. Devo però insistere su alcuni particolari.

Nel malarico possono circolare tre pigmenti: il melaníco, l'emosiderinico, il biliare. Il pigmento biliare circola non raramente e benchè abitualmente esso pure si depositi nei tessuti sotto forma granulare o diffusa, e impregni la pelle tingendola, tuttavia prescindo pel momento da esso, volendo parlarvi più sotto delle forme di ittero malarico.

Restano i due altri pigmenti, costanti ambedue nella malaria, e con caratteri ben distinti l'uno dall'altro: il melanico, senza ferro (secondo i più) e ricco di zolfo, l'emosiderinico ricco di ferro; il primo derivante dall'emoglobina attraverso un'elaborazione entro il corpo del parassita, il secondo derivante direttamente da disfacimento del globulo rosso.

Orbene, l'emosiderina si presenta ordinariamente come granuli o blocchetti giallo oro o di color ocra gialla, che per questo suo colorito naturale si confonde col pigmento solito, comune delle nostre razze (il quale è gialliccio pur appartenendo al gruppo delle melanine), ma se ne distacca per una ragione morfologica e una chimica: la ragione *morfologica* perchè è a blocchetti polimorfi, irregolari, mentre il pigmento normale è a puntini fini ed eguali, la *microchimica* perchè dà le reazioni del ferro, mentre il pigmento ordinario della pelle, come tutte le melanine, non la dà.

Ora, nelle pelli di perniciosi che ho esaminato non ho potuto rinvenire pigmento che desse la reazione del ferro: nè questo stupisce, perchè un pigmento che dia la reazione del ferro non si trova mai nell'epidermide (fatto analizzato già minutamente e di cui parlerò altrove) oppure vi si trova con qualche granulo eccezionalmente raro.

Dunque, sia per ragioni generali, sia per prova diretta, risulta che la malaria non determina deposizione di emosiderina nella pelle.

E il pigmento melanico? per ciò che riguarda la sua natura chimica è incerto se debba veramente considerarsi appartenente al gruppo delle melanine (che è tutto ancora di costituzione incerta) oppure se non sia, come affermano Carbone ed Ascoli, della vera e propria ematina, che deriverebbe dall'emoglobina quale risultato del processo nutritivo del parassita malarico, come deriva dall'emoglobina

nei vertebrati per azione dei loro succhi digestivi. Ma frattanto, per l'argomento che ci interessa, è da dire che questo pigmento melanico è sempre in forma di granuli o blocchetti neri. Ora, questo pigmento nero non lo vidi mai nella pelle dei malarici, e perciò anche dal lato istologico mi sento autorizzato a dire che il pigmento della malaria non si fissa nella pelle, che la pelle dei malarici non ha una tinta pigmentale sua propria.

Ciò non vi stupisca: il formarsi di una grande massa di melanina e di emosiderina, il poter esse penetrare nel grande circolo, non è una ragione perchè si fissino su qualunque tessuto, e in particolare poi sulla pelle.

Sappiamo già che il pigmento da emolisi ha le sue sedi di elezione: e cioè può depositarsi in tutti i visceri, ma per lo più si deposita nella milza, nel fegato, nel midollo osseo. Gangli, cervello, reni, polmoni, ne sono colpiti più di rado con frequenza degradante.

Ciò significa che anche in ciò vi è una certa affinità elettiva che varia da organo a organo, ed è poi varia da individuo a individuo: perchè, a prescindere dalla sede costante splenica ed epatica, per tutte le altre si trovano differenze notevoli nei vari casi che giungono al tavolo anatomico.

Questa varia elettività dei visceri e degli individui per la deposizione del pigmento fu già rilevata da Marchiafava e Nazari, i quali in un caso di gravissimo processo emolitico constatarono (*Policlinico*, 1911, fasc. 6) all'autopsia, la siderosi intensa dei soli reni, mentre essa mancava in tutti gli organi che ne sono gli ordinari depositari: fegato, milza, midollo osseo, gangli. Per la pelle, Unna ha già trattato, a proposito sia delle melanine che dei pigmenti contenenti ferro, e derivati direttamente dal sangue.

La pelle non fissa d'ordinario i pigmenti di origine emolitica, e ciò avviene non solo per la malaria, ma anche per altre gravi anemie emolitiche, p. es. per le anemie perniciose: si contano sulle dita di una mano i casi bene studiati in cui veramente alla grave dissoluzione del sangue, alla grave deposizione di pigmento nei visceri interni (milza e fegato) corrisponda una deposizione negli strati cutanei: tale il caso di Mosse (*Archiv f. Dermatologie*, 1912, B. CXIII) e uno più recente di Skucany (*Arch. f. Dermat.*, B. 121, 1916). Ecco, dunque, che anche i dati della patologia generale della pelle concordano colle mie conclusioni.

III.

Dopo avervi detto che la tinta di un malarico non è che la tinta di un anemico, voi mi chiederete e giustamente: ma non deve, dunque, avere alcun fondamento, nè spiegazione, questa impressione clinica, che pur si ritiene così sicura, per cui quella data tinta dice al medico: questo malato è un malarico?

Io accetto questo dato dell'antica esperienza, ma voglio interpretarlo.

Ora vi dico che in generale nel malarico si verificano realmente circostanze particolari: si tratta spesso di bambini, o di giovani che da un lato conservano tutte le proprietà di freschezza della pelle, sia per l'età loro, sia per l'improvvisità con cui la malattia colpisce, dall'altra sono presi da una malattia che anemizza come nessuna altra.

Eccovi dunque i due elementi ordinari della tinta di un malarico: pelle giovanile, fresca, sana e oligoemia eccezionalmente intensa.

Ora, pelle giovanile e sana, vuol dire pelle che ha le sue note particolari nello spessore degli strati, nella ripienezza delle singole cellule che li compongono, nella conservazione degli elementi elastici del derma e dei vasellini.

Oligoemia eccezionalmente intensa, vuol dire distruzione rapida, improvvisa, perfino di 3/4, di 4/5 dei globuli rossi, come non lo potrebbe dare, p. es., che una grave improvvisa emorragia.

Tanto è vero questo, che voi troverete degli anziani, dei vecchi, colpiti dalla malaria, in cui la tinta cachettica della malaria vi parrà più facilmente confondibile, prima di ogni altra ricerca, con l'anemia neoplastica. Perchè? Perchè quella pelle, atrofica, grinzosa, anelastica, congiunta all'anemia, vi ricorda più facilmente le gravi anemie dei cancerosi, per lo più di età non giovanile.

All'incontro, io non ho che da ricordare il malato B. Sante, di anni 38, entrato in queste settimane, di cui vi ricordate la storia; già operato di gastro-enterostomia per ulcera gastrica, dopo due anni fu colto nuovamente da ematemesi; collocato in divisione chirurgica, il grado di anemia impedì l'intervento; il malato fu passato a noi; presentò 21 % di emoglobina. Le cure non valsero, si ripetè l'emorragia, l'ammalato morì. All'autopsia non trovammo che l'ulcera.

Orbene: io, occupato proprio in questi giorni di tale problema delle tinte, insistetti a mostrarvi l'evidente, impressionante giallore-sporco tal quale avrebbe potuto dare una grave infezione malarica, od un neoplasma: non c'era nè questo nè quello. L'imponente anemia

post-emorragica aveva creato l'identica condizione.

Di ciò io non mi sono affatto stupito perchè ormai convinto da tempo di tali fatti.

Così la tifosa G. Rosa, entrò da noi di un pallore terreo così impressionante, così identico a quello che siamo soliti vedere nei malarici, che al suo ingresso noi non esitammo a ritenerla veramente tale; ma la ricerca immediata, e poi ripetuta del parassita nel sangue fu negativa; fu invece positiva la reazione di Widal e tutto il decorso fu ed è di tifo. Ma questa tifosa era già in corso di grave anemia da prolungato allattamento, e presentò all'ingresso 20 % di emoglobina; ora, è ancora degente, ma la sospensione dell'allattamento, il buon regime in cui fu tenuta hanno, malgrado il tifo in corso, già migliorato la sua ematosi; essa presenta 50 % di emoglobina e la sua tinta è trasformata. Vi ho citato due esempi: se vorrete prestar attenzione a quest'ordine di fatti, vedrete ch'essi sono tutt'altro che rari.

IV.

Delle altre due tinte dei malarici, la subitterica e la melanica, non vi dirò che poche parole.

I malarici sono talora sub-itterici. Il differenziarli dai gialli-ocrodermici è qualche volta difficile, e talora rimane un apprezzamento affatto subbiettivo, dovuto alle varie impressioni e convinzioni sulle tinte, perchè non sempre esistono o si ricercano altri elementi discriminativi.

Certo però l'ittero ed il sub-ittero dei malarici non è raro, ed ha più spesso il carattere dell'ittero emolitico.

Gli antichi descrivevano una sub-continua biliosa, con ittero, turgore epatico, emissione di feci diarroiche, cariche di bile non elaborata, vomito biliare, orine ora con, ora senza pigmenti biliari.

Sacquepée ha descritto nettamente casi di ittero acolurico di origine malarica, cogli altri caratteri classici della forma emolitica: ipercromia delle feci, una qualche diminuzione di resistenza delle emazie, aumento delle emazie granulose (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 1908).

Anche per le alterazioni epatiche che vi corrispondono, l'ittero emolitico della malaria sarebbe somigliantissimo all'ittero sperimentale da veleni emolitici.

Data l'enorme emolisi che accompagna sempre la malaria, può apparire strano che l'ittero non vi sia ancora più frequente, anzi che non sia del tutto costante. Vuol dire che certamente perchè esso si produca occorre un altro elemento, per ora non determinato.

In questo periodo, ho esaminato da vicino sotto questo punto di vista, parecchi malarici cronici sub-itterici, e vi ho potuto dimostrare l'evidenza dei caratteri emolitici, e anche il fatto che l'ittero è ben lontano dall'essere in esclusiva dipendenza dell'intensità della distruzione del sangue. Ve lo provò questo fatto:

Furono degenti contemporaneamente: la C. A. di anni 44, che entrò colpita da perniciosa comatosa, si riebbe lentamente, si mantenne a lungo di un pallore mortale senza traccia di ittero, presentò da principio 30 % di emoglobina, siero di sangue pallido, privo di pigmenti biliari, resistenza 0.22-0.36-0.48; la R. A., di anni 29, con malaria estivo-autunnale, sub-itterica, con 55 % di emoglobina, con resistenza 0.26-0.40-0.52, con siero giallo-canario, che diede la reazione dei pigmenti biliari evidente.

In questi 2 casi, adunque, l'ittero fu in rapporto inverso alla gravità dell'anemia.

In molti casi i caratteri dell'ittero partecipano in parte della forma emolitica, in parte di quella da ritenzione.

Sopra questi e analoghi fatti riferirà, spero, lo studente Boccassini, che ne ha raccolto diligentemente parecchi, e vi dedicherà la sua tesi di laurea.

In quanto alla forma *melanica*, essa è accennata così da vecchi patologi come Griesinger, come dai recenti dermatologi quale Darier, il quale scrive nella *Pratique Dermatologique*: « Il pigmento malarico è depositato nei capillari, specialmente nella milza, fegato e cervello, abbastanza spesso nella pelle ».

Vi confesso che mi sembrano di quelle affermazioni gettate là, perchè il fatto sembra intuitivo, e perchè non vi si annette poi troppa importanza.

Ma in realtà poi, descrizioni concrete di questo fatto, sono eccezionali: ho scorso letteratura numerosa, malariologica e dermatologica, e non ho potuto trovare che un caso di melanodermia universale, descritta da Cardarelli (*Il Morgagni*, 1887, pag. 193) e un caso di pigmentazione simmetrica agli arti inferiori e superiori descritto da Moscato (*Il Morgagni*, 1895, pag. 759) nei quali, a ragione o a torto (e la cosa mi pare assai dubbia) si attribuisce la pigmentazione cutanea alla malaria. Anche i trattati classici non citano che questi due casi.

In ogni modo, anche accettandoli tal quali, siamo di fronte all'eccezione. Come regola, affermo che il pigmento melanico della mala-

ria non si fissa sulla pelle nè vi si fissa il pigmento emosiderinico.

Dunque, nè la patologia generale della pelle nelle anemie emolitiche, nè i dati della letteratura sulla pelle malarica in particolare, inducono a ritenere che la pelle sia una sede di deposizione dei pigmenti derivanti dal sangue. Se, e quando, il fatto avviene, deve considerarsi come eccezionale.

E permettetemi di riassumere tutto ciò in poche proposizioni:

La tinta dei malarici non ha nulla di specifico: nel massimo numero dei casi non è che la tinta di una profonda e improvvisa anemia: essa è in ordine di frequenza giallo-terrea, grigio-terrea, bianco-cerea, corrispondentemente alla frequenza con cui il giallo, il bruno, il bianco, rappresenta la tinta fondamentale dell'individuo.

Qualche volta è sub-itterica, e il sub-ittero è con grande probabilità e frequenza, intermedio tra le forme emolitiche e le forme di ritenzione.

Il pigmento malarico non viene fissato dalla pelle. Se la melanodermia malarica è da ammettersi come possibile, non rappresenta in ogni modo che un fatto assolutamente eccezionale.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale di S. Giovanni di Dio in Firenze.

Ferita del ramo sinistro dell' A. polmonare e intervento chirurgico sui vasi succlavi dello stesso lato

per il dott. A. Miliani, assistente.

La sera del 24 marzo di quest'anno venne portato all'Ospedale di S. Giovanni di Dio, certo P. G. spazzino di Firenze, età di 45 anni, in condizioni gravissime, semicosciente, pallido, freddo, senza polsi. Liberato dalle vesti intrise di sangue, si riscontra sull'emiclaveare di sinistra, mezzo centimetro al disotto della clavicola, una ferita da punta e taglio della lunghezza di due centimetri circa a grande asse trasversale a figura triangolare. Parrebbe dall'esame dei bordi interessati obliquamente, di poter definire la direzione della ferita come inferta dall'alto in basso. Però il sangue che fuoriesce in gran copia a nappo, impedisce un esame più accurato. Si pensa, data la sede della lesione, che siano stati colpiti i vasi succlavi di sinistra. L'esame del torace dà scomparsa dell'aia cardiaca, toni cardiaci deboli, lontani, suono timpanico ovunque a sinistra eccetto alla base posteriormente dove si ha ottusità fino a 2 dita traverse sotto l'angolo della scapola. L'esame sommario del ferito non ci svela altra lesione, non si ha emoftoe e il respiro è frequente (40 al minuto primo) superficiale. Non si viene ad aver notizia dell'arma che lo ha ferito. Dato il giudizio diagnostico che implicava l'interessamento dei vasi succlavi da ferita penetrante, con pneumo- ed emotorace si pensa specialmente ad una ferita della vena, dato il carattere a nappo dell'emorragia.

Narcosi cloroformio-eterea.

Il prof. Giannettasio interviene assistito da me. Mentre si pratica al ferito un'ipodermoclisi di 500 cc., con un'incisione che prolunga la ferita parallelamente alla clavicola, a cui se ne aggiungono due piccole perpendicolari a mo' di croce, si mettono in piena luce i vasi succlavi ed ascellari e il plesso brachiale, si disseca la vena prima e poi l'arteria; si liberano dell'ematoma diffuso che li circonda e maschera. Con questo non si riesce a mettere in evidenza alcuna lesione dei vasi, il sangue seguita ad affluire a nappo dal basso specie nelle espirazioni del paziente.

Si pensa allora di una ferita dell'ilo polmonare; si tampona la ferita in fretta, dato l'aggravarsi del paziente che poco dopo soccombe alle condizioni di anemia acuta e allo shock.

Due giorni dopo il prof. Leoncini dell'Istituto di Medicina Legale di Firenze esegue l'autopsia.

Nulla di notevole si riscontra all'esame del capo e del suo contenuto. Per il torace riferisco il reperto della necroscopia.

« Dissecando le parti molli della regione sottoclaveare sinistra si trova che il muscolo grande pettorale è stato inciso al limite fra il terzo medio e il terzo esterno. Al di sotto di esso si riscontra scarsa infiltrazione sanguigna all'intorno del fascio vascolo-nevroso e in corrispondenza dei due primi spazi intercostali. L'esame dei grossi vasi e dei tronchi nervosi principali della regione li dimostra integri. All'ispezione della parete toracica si nota invece lungo il margine inferiore della II costa una incisione ad esso parallela dei muscoli intercostali per la lunghezza di circa 15 mm. per modo che ne risulta aperta la cavità pleurica sinistra, dalla quale attraverso l'incisione fuoriesce sangue. Asportato lo sterno si trova che il polmone destro è completamente aderente alla parete toracica mentre il sinistro presenta aderenze parziali specie verso la base essendo la parte libera della corrispondente cavità pleurica invasa da uno stravaso sanguigno in gran parte coagulato in quantità che può calcolarsi superiore ad un litro. Esaminando la

superficie del polmone sinistro si trova nella faccia esterna del lobo superiore, a livello della ferita del secondo spazio intercostale, una ferita lineare diretta quasi trasversalmente lunga un centimetro a margini netti e infiltrati di sangue, cui fa seguito un tramite che si approfonda in direzione dall'alto in basso e da sinistra a destra, spingendosi fino in corrispondenza dell'ilo. Seguendo questo tramite, le cui pareti sonò infiltrate di sangue, si trova che esso termina nel ramo principale sinistro dell'arteria polmonare, nella parete della quale esiste una doppia perforazione lineare a margini netti lunga circa 1 cent. Niente di speciale si riscontra nel mediastino e nel pericardio. Il cuore è di dimensioni regolari con pareti alquanto flaccide e lacerabili. I polmoni sono antracotici con chiazze di aspirazione bronchiale. Lievi fatti di aortite ».

La ferita deve essere stata inferta dall'alto al basso in senso latero-mediale e dall'avanti all'indietro stando il feritore con ogni probabilità al davanti e alquanto lateralmente all'aggredito od obliquando esso fortemente l'arma. Rappresentandoci così la scena del ferimento si comprendono le condizioni anatomiche trovate all'esame del torace meglio che figurandoci la lesione prodotta stando l'assalitore dietro alla vittima. L'arma deve essere stata di una notevole lunghezza e deve essere penetrata per più di 10 cm. se a parenchima integro e non retratto è riuscita a ledere un vaso sito così profondamente come il ramo sinistro dell'arteria polmonare.

Considerato dal lato clinico questo caso si presta ad alcune considerazioni.

Data l'ubicazione della ferita toracica cutanea da cui fuoriusciva sangue in gran copia si doveva pensare a una lesione dei vasi succlavi anche se ci mancava, come nel nostro caso, il sintoma principe dell'assenza del polso dalla parte lesa. Questo nel caso che fosse stata lesa l'arteria. Potrebbe del resto essere stata lesa la sola vena.

Klemm, citato dal Jourdan nel trattato del Bergmann, riporta un caso di lesione isolata della vena da ferita da punta.

Nel nostro caso ripetiamo, si aveva assenza del polso bilateralmente. L'aver diagnosticato una lesione della pleura dal pneumo- ed emotorace, non ci esumeva dal ritenere lesi i vasi succlavi. Nel caso di Fitz Williams (*British Medical Journal*, 1919) ricordiamo che mentre vi era distruzione dei vasi succlavi di sinistra, si ebbe per l'apertura della pleura in seguito a frattura costale concomitante, constatata poi all'autopsia, un emotorace così copioso da richiedere per due volte l'evacuazione.

D'altronde la diagnosi di ferita del ramo sinistro dell'arteria polmonare era impossibile perchè mancò l'emoftole e perchè non si potè aver notizia alcuna dell'arma feritrice.

Riteniamo che lo sputo sanguigno sia mancato per due ragioni — non ostante i fenomeni di aspirazione bronchiale constatati alla nòecroscopia — per le condizioni di shock che determinavano un respiro lieve e frequente e per la retrazione del parenchima. E se anche si fosse presentato un tenue escreato emorragico, ad indicare l'interessamento del polmone, mi pare che ci si sarebbe dovuti trovare assai perplessi nell'escludere una ferita dei vasi succlavi, data l'apparenza esterna della ferita e dell'emorragia.

Ringrazio il prof. Giannettasio di avermi dato questo caso da illustrare.

BIBLIOGRAFIA.

ANZILLOTTI. *Contributo alla chirurgia dei grossi tronchi venosi.* Gazz. degli Osp., 1909, XXX, p. 185-187.

LAMIE. *Contribution à l'étude de la chirurgie des gros troncs veineux.* Arch. Méd. et Pharmacie Militaires. Paris, 1909, p. 272-290.

ANDERSON. *Tear of the inferior vena cava with survival for nine hours.* The Lancet, London, 1910.

FERRETTI. *Contributo alla chirurgia dei grossi tronchi venosi. Sutura della vena cava inferiore per ferita d'arma da fuoco. Guarigione.* Riv. Osped., 1911.

TIEGEL. *Zur Verhütung der « Luftaspiration » bei Venenverletzungen.* Zent. für Chir. Leipzig, 1911, XXXVIII, p. 1019-1022.

MORESTIN H. *Plaies de l'artère et de la veine ascillaire par coup de couteau; aneurisme diffuse. Pendant quelques jours signes de communication artério-veineuse.* Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1914.

LEXER. *Spatoperation einer arteriellvenosen Subclaviafistel nach Granatsplitterverletzung links.* Deut. Med. Woch. Leipzig, 1916.

RICHARDSON M. B. *Sinopsis of the treatment of a case of aneurisme of the left subclavian artery.* Trans. of the Amer. Surg. Assoc., 1887.

CHIASSERINI. *Lesioni traumatiche dei vasi in guerra.* Ospedale Maggiore, Milano, 1916.

FERRANNINI G. *Sopra alcune allacciature di grossi vasi per ferite di guerra.* Rif. Med., Napoli, 1917.

GRINDA. *Considérations générales sur une statistique de 840 blessés de guerre; la chirurgie vasculaire à l'Hôpital Temporaine N. 14.* Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1914.

KUTTNER. *Meine Erfahrungen in der Kriegchirurgie der grossen Blutgefässstämme.* Berl. Med. Woch., 1916.

MARSIGLIA G. *Ferite d'arma da fuoco di grossi vasi.* Med. Prat. Napoli, 1916, p. 458-456.

SÉJOUNET. *Plaies des veines.* Prog. Méd. Paris, 1916.

STRETTI G. B. *Intorno alle ferite da guerra dei vasi.* Rif. Med. Napoli, 1917.

TRUSSIER T. *A propos des plaies des grosses artères*. Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1917, p. 1469-1471.

VENNIN. *Diagnostic et traitement des plaies vasculaires dans les formations de l'avant*. Prog. Méd., 1916.

DONALD H. C. *Removal of shrapnel from the subclavian artery*. The Lancet, London, 1917, p. 715.

HANS H. *Leitliche Naht des Durchshusses der Arterie subclavia*. Berl. Med. Klin., Berlin, 1915, p. 920.

METIVETT G. *Plaies de l'artère subsclavière*. Paris Méd., 1917, XXII, p. 433-435.

WEIL E. *Plaies de la région sousclaviculaire gauche, plaies du péricarde et petite plaie de la paroi postérieure du ventricule gauche*. Marseille Méd., 1920, p. 505-507.

MOSTI R. *Le ferite dei vasi sanguigni*. Gazz. inter. di Med. Napoli, 1920.

CAMERA U. *Sulla lesione dei grossi vasi*. Clin. Chir. Milano, 1919.

FITZ WILLIAMS D. C. C. *Traumatic rupture of the subclavian artery; death nine days later*. Brit. Med. Journ. Londra, 1919.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MUNICIPALE DELLE MALATTIE INFETTIVE DI NAPOLI.
Prof. A. MONTEFUSCO, direttore.

Diagnosi differenziale tra varicella e vaiuolo

per il dott. ENZO ROMANELLI,
medico assistente dell'Ospedale.

Lo studio delle malattie infettive eruttive dà continua occasione a nuove osservazioni che delucidandone sempre più la morfologia rendono i quadri sempre più completi e ne agevolano la diagnosi. Così io in seguito alla esperienza acquistata nel mio servizio medico all'ospedale Cotugno, cercherò di dimostrare la netta differenziazione tra la manifestazione esantematica della varicella e quella del vaiuolo: differenziazione importantissima e difficile molte volte a stabilirsi per le forme anomali dell'esantema e più importante ancora pei gravi problemi da risolvere subito in rapporto alla profilassi che si deve seguire nelle due malattie. La diagnosi del vaiuolo è sempre facile nello stadio vescicoloso e pustoloso quando l'esantema cutaneo è bene sviluppato: inoltre la semplice ispezione basta per distinguere l'uno dall'altro: il vaiuolo nero, il discreto, il confluente, l'emorragico. Se per contro l'eruzione è soltanto poco sviluppata possono venire in discussione diagnostica varie malattie della pelle. La confusione con l'impetigine contagiosa è possibile: è una forma che si presenta il più frequentemente nei bambini e negli adulti, specie in quelli che hanno contatto con rifiuti animali. Perciò è più frequente nella campagna che nella città. Ne sono sede le parti scoperte del corpo, specialmente il capo, il viso, il collo. La lesione primaria è costituita da una vescicola contenente un liquido siero-lattiginoso, che tosto si fa purulento, la quale presenta un'areola arrossata appena visibile e che essiccandosi forma una crosta affatto superficiale. Se le croste vengono allontanate meccanicamente con una pinza trovansi, sotto, punti rotondi non depressi, arrossati, leggermente umidi.

Col morbillo: questo comincia di solito così improvvisamente, e con brividi ed alta temperatura come il vaiuolo. Nel vaiuolo l'esantema comincia prima al viso ed alla testa e di qui si propaga a *poussées*. Nella fase maculopapulosa del vaiuolo è spesso impossibile distinguerlo dal morbillo papuloso se si guarda solo all'esantema. Sarà di grande utilità la conoscenza dei sintomi iniziali, quantunque non sempre sufficienti alla diagnosi. Nel morbillo lo sviluppo dell'esantema comincia quasi contemporaneamente al tronco ed al viso. Inoltre nel morbillo la temperatura per lo più sale ancora nel dì seguente e nel susseguente dopo la comparsa dell'esantema, mentre nel vaiuolo in questa giornata scende.

La scarlattina: comincia assai spesso similmente al vaiuolo improvvisamente e con brividi e presenta in questo stadio un'analogia col vaiuolo. Tuttavia i dolori di gola non sono nel vaiuolo presenti così a lungo e nella stessa misura che nella scarlattina. Nella scarlattina la regione attorno alla bocca e la fronte restano liberi dall'esantema, il quale si presenta al tronco ed alle altre regioni di un colorito più rosso vivo e dà a riconoscere a un esame più approfondito di essere costituito da elementi puntiformi.

La polmonite ed il tifo esantematico non si possono distinguere all'inizio cominciando con fenomeni simili al vaiuolo e così pure talvolta la febbre tifoidea.

Le manifestazioni cutanee sifilitiche possono essere precedute ed accompagnate da febbre alta e da gravi sintomi generali: spossatezza, cefalalgia, ecc. In questi casi la diagnosi poggerà sulla comparsa dell'eruzione a tratti successivi e sopratutto sull'evoluzione ulteriore dei sintomi.

Nelle forme attenuate di vaiuolo, la malattia colla quale possono sorgere confusioni è indubbiamente la varicella: la massima parte degli autori per la diagnosi differenziale tiene presente i segueni dati: secondo l'età: nell'adulta è più rara la varicella, più comune il vaiuolo, la durata, la violenza dei sintomi, la temperatura ed il momento dell'eruzione. Nel

vaiuolo precedono all'eruzione parecchi giorni di sintomi gravi con febbre alta e dopo l'eruzione la temperatura si abbassa; nella varicella questi fenomeni prodromici o mancano o durano soltanto un paio di ore od un giorno. Nel vaiuolo non si fanno nei giorni seguenti alla prima insorgenza dell'esantema *poussées* successive nella stessa misura che nella varicella, in conseguenza al secondo, al terzo giorno dall'eruzione, nel vaiuolo tutte le efflorescenze di una regione del corpo sono della stessa età e nello stesso stadio di sviluppo, mentre nella varicella, in cui a giorni vari seguono *poussées* successive in tutte le regioni del corpo, si possono riscontrare le singole efflorescenze quasi in tutti gli stadi di sviluppo (papule, vescicole, croste).

Il periodo di trasformazione delle papule in vescicole dura nel vaiuolo un paio di giorni, nella varicella solo un paio di ore. I quadri clinici di queste forme esantematiche ed a manifestazione conclamata con decorso tipico sono poco difficili ad essere differenziati; ove occorre invece perizia diagnostica è nelle forme anomali di queste eruzioni. Così come vi sono forme attenuate di vaiuolo che passando per la vaiuoloide possono per la benignità dei sintomi entrare nelle vere varicelle ed anche di meno, essendo stato notato, in periodo di epidemia di vaiuolo, l'esantema vaiuoloso costituito da una o due pustole; così si hanno forme gravi di varicelle che vanno sotto il nome di varicella papulosa suppurata, gangrenosa, emorragica. Queste forme gravi con intense complicanze in tutti gli altri organi ed apparati sono degne di essere note, essendo, in rapporto alla profilassi enormemente grave, un errore.

Nella varicella le vescicole raggiungono rapidamente il volume di una lenticchia, contengono nel primo giorno un liquido chiaro e trasparente che nel secondo giorno s'intorbida per la giunta di globuli di pus; le vescicole cristalline si trasformano in vescicole-pustole. In luogo di vescicole, si possono osservare delle piccole bolle che nel secondo giorno si ombelicano leggermente; nel terzo le vescicole si essiccano e si osservano allora delle crosticine che cadono tosto, lasciando allo scoperto delle macchie che persistono per dieci, quindici giorni.

L'ombelicazione della vescicola e delle pustole vaiuolose, che ordinariamente è ritenuta caratteristica del vaiuolo e si dà come carattere differenziale con le vescicole della varicella, in cui l'ombelicazione manca sempre, non deve ritenersi un sintoma assolutamente patognomonico.

Non sono rari, infatti, casi di vaiuolo nei quali almeno una parte delle vescicole prima e poi delle pustole non presenta la depressione centrale, mentre in casi di varicelle si osserva talvolta l'ombelicazione centrale. Ciò non deve meravigliare poichè, quali che siano le condizioni, ancora discusse, che determinano la formazione dell'ombelico nella vescicola e nella pustola vaiolosa, è facile comprendere come tali condizioni possano talvolta mancare per la vescicola vaiuolosa ed esistere invece in quella della varicella.

Guersant e Blache credevano che le vescicole comparissero prima al tronco: Thomas sosteneva essere alla faccia l'eruzione principale. Montefusco ha osservato ed io illustro i casi che nel vaiuolo l'eruzione comincia dalla faccia e si diffonde subito massimamente agli arti superiori ed inferiori. Si è notato infatti massimamente nei bambini ed anche negli adulti che l'eruzione vaiuolosa, intensa che fosse, occupa sempre costantemente queste zone: testa, estremità superiori ed inferiori e che diffondendosi al tronco non arriva su questa zona nell'intensità del volto e degli arti. Nel vaiuolo confluente è sì preso anche il tronco, ma se si osserva anche in queste forme si noterà una diminuzione sensibile nell'esantema. Contrariamente avviene nella varicella e con Guersant e Blache ammettiamo la costante e più intensa manifestazione dell'esantema sul tronco. Ed è di somma importanza questo fatto poichè molte volte, in rapporto alla profilassi, devesi rigorosamente stabilire a che tipo appartenga quella malattia potendosi ignorare, per molte ragioni, l'origine dell'eruzione o manifestandosi questa in una forma anomale con sintomi prodromici attenuati (vaiuolo) o esaltati (varicella).

Noti sono infatti casi di vaiuolo che esplodono velocemente arrivando in pochi giorni al periodo di essiccamento e varicelle con incubazioni protratte iniziarsi con febbre alta manifestandosi l'esantema dopo 2-3 giorni. Sarà quindi di grande aiuto la topografia dell'esantema, chè se fu notato più intenso al volto ed agli arti, si potrà essere certi che si è trattato di vaiuolo, e se più forte al tronco che sia stata una varicella.

Io mi riferisco sempre a quei casi in cui si ignorano la incubazione, i prodromi della malattia e quando si osserva l'ammalato in periodo di essiccamento in cui non possono vedersi come nella varicella pustole in atto e croste contemporaneamente, ma sole croste, ed a varicelle anomali ed irregolari come le sopracitate forme: papulose, suppurate, gangrenose, emorragiche, ecc., ed in quei casi di vaiuolo e vaiuoloide anomali od attenuati.

Come si vede l'errore sarebbe facile ed a

me consta come molte volte riesca difficile fare una diagnosi differenziale di queste forme di malattie: solo la perizia e la pratica di vaste epidemie permettono di fare una diagnosi differenziale.

Questa differenziazione di manifestazione è stata controllata anche dalla statistica dell'ultima epidemia 1918-19-20. In questa epidemia infatti su oltre 3500 infermi curati al Cotugno dal Prof. Montefusco, abbiamo avuto che: in più della metà l'esantema predominava sul volto e sugli arti, in molti dei quali era confluente con scarse pustole sul tronco. In meno di un migliaio l'esantema era diffuso abbondantemente su tutto il corpo sempre però con una leggiera attenuazione sul tronco. Su 300 circa l'esantema era emorragico sempre con manifesta diminuzione sul tronco. Nei casi di varicella, frequenti ad essere ricoverati al Cotugno, la localizzazione preferita del tronco non si è smentita quasi mai.

RIASSUNTO.

Il lavoro dimostra la netta differenziazione tra la *localizzazione* dell'esantema nella varicella e nel vaiuolo, importantissima ad essere conosciuta, massimamente in rapporto alla profilassi.

Dopo di aver ricordato i vari tipi di vaiuolo vero, discreto, confluente, emorragico, passa ad illustrare le altre malattie della pelle in cui l'errore diagnostico è più facile. Così il vaiuolo può essere confuso con l'impetigine contagiosa, col morbillo nella forma maculopapulosa, e la forma emorragica, nel periodo pre-eruttivo: lo stesso per la scarlattina, per la sifilide nelle sue manifestazioni cutanee Ma la malattia che più facilmente può essere confusa col vaiuolo è senza dubbio la varicella, in specie nelle sue forme anomali, come la v. papulosa, suppurata, emorragica, gangrenosa, e nel periodo di completo essiccamento delle vescicole.

L'ombelicazione, che è stata ritenuta patognomonica delle vescicole vaiolose, non lo è, trovandosi questa molte volte in vescicole di varicella e non di vaiuolo. L'A. ammette invece, con Guersant e Blache, come sintoma *costante* per la differenziazione della malattia la localizzazione dell'esantema. Dimostra, anche con dati statistici, controllati dall'ultima epidemia di vaiuolo (1918-19-20) che l'eruzione vaiuolosa colpisce di preferenza il volto e gli arti superiori ed inferiori lasciando più o meno libero dall'eruzione il tronco. Il contrario si avvera nella varicella ove l'esantema si manifesta assolutamente o con maggiore intensità sul tronco, potendosi trovare solo poche pustolette sul volto e sugli arti.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Il concetto delle recidive.

(H. OELLER. *Münchner Med. Wochenschrift*, n. 52, 1920).

I poteri defensionali che l'organismo oppone all'attacco batterico, in molte malattie non agiscono in modo continuato, bensì periodicamente; l'organismo ad intervalli regolari tenta con tutti i suoi mezzi di sopraffare gli agenti patogeni. Esso non riesce a ciò che dopo una serie di tentativi, da ciascuno dei quali risulta un indebolimento dei germi (clinicamente miglioramento dei sintomi, diminuzione della febbre). In questi periodi di miglioramento, talvolta di apiressia ed apparente guarigione, persiste l'infezione (bacilli del tifo, spirochete ricorrenti nel sangue, colibacilli e pus nell'urina); è però temporaneamente inibito l'accresci mento dei batterî e vengono prontamente distrutti i loro prodotti tossici. Nei periodi tra i singoli tentativi di difesa i microrganismi o non sufficentemente danneggiati dai poteri defensionali troppo deboli, o sfuggiti alla distruzione perchè riparati in organi speciali (bacilli del tifo nel sistema linfatico, plasmodi negli eritrociti) ora non più inibiti, si sviluppano liberamente (peggioramento dei sintomi, aumento della febbre); ciò che costituisce una recidiva. L'organismo dunque si difende contro gli agenti di molte malattie per mezzo di singole reazioni distanziate; l'intera reazione biologica (malattia) dell'organismo contro i microrganismi virulenti consiste in una somma di singole reazioni periodicamente succedentisi senza interruzione. I microrganismi non sopraffatti durante una reazione provocano una recidiva. Si devono considerare come recidive in questo senso, quelle elevazioni termiche di breve durata, che spesso si osservano nella convalescenza di alcune malattie (p. es. tifo): recidive immediatamente superate nel periodo di reazione: se i poteri defensionali dell'organismo sono di nuovo scarsi, le varie recidive confluiranno, non saranno più separate dai periodi apiretici: si ha allora la vera recidiva classica che può avere eguale o più lunga durata della malattia prima. In alcune malattie, nelle quali i germi provocano delle lesioni caratteristiche, di cui al tavolo anatomico si può dire con esattezza quando si siano inizate, esiste la prova anatomo-patologica del «decorso a recidive» (p. es., nelle lesioni degli organi linfatici nel tifo).

In altre malattie (febbre maltese, febbre ricorrente, ecc.) i germi non provocano una rea-

zione cellulare specifica, forse perchè essi vengono più facilmente distrutti dei bacilli tifici ad es., i quali trovano nel sistema linfatico un organo protettore: di modo che in luogo della reazione cellulare di singoli organi, predomina l'azione tossica generale. In queste malattie manca la prova anatomo-patologica e non esiste che quella clinica « del decorso a recidive ».

POLLITZER.

MEDICINA.

L'iperuricemia nella gotta e nella calcolosi.

(CHAUFFARD, BRODIN, GRIGAUT. *La Presse médicale*, n. 92, 1920).

L'importanza patogenica dell'acido urico in eccesso nei gottosi e nei calcolosi è ammessa da lungo tempo ma si fonda quasi esclusivamente su ricerche cliniche, chimiche, istologiche, di urologia, e sappiamo gli errori cui dà luogo lo studio dell'eliminazione urinaria.

La ricerca dell'acido urico nel sangue intrapresa da Garrod ed abbandonata subito dopo per l'imperfezione del metodo usato è stata ripresa recentemente da Folin e Denis basandosi su di un mezzo di dosaggio semplice fondato sulla colorazione bleu che l'acido urico dà in presenza di reattivo fosfotungstico.

Gli AA. hanno per primi adattato tale sistema nelle calcolosi: le ricerche sono state fatte sul plasma o siero poichè il contenuto in acido urico delle emazie è sempre più elevato e meno variabile. Per evitare l'influenza degli alimenti, i prelevamenti erano praticati il mattino, a digiuno.

Ricerche degli AA. hanno stabilito che il tasso dell'acido urico nel sangue normale oscilla fra i 4 e 5 ctg. per litro di plasma: nelle infezioni acute tale cifra resta normale o si abbassa; nelle nefriti si eleva fino a raggiungere i 25 ctg. Con Myers, Fine, Lough, gli AA. credono che l'iperuricemia costituisce il più sensibile, segno chimico dell' ipopermeabilità renale.

Ulteriori ricerche hanno fatto gli AA. nella gotta e nella litiasi renale. I 13 casi di gotta esaminati corrispondono ad affezioni in evoluzione da vari anni: due di essi durante l'accesso acuto, gli altri presentanti lesioni croniche con tofi.

In tutti i casi è stato dosato parallelamente nel sangue l'acido urico, l'urea, la colesterina: in molti è stata stabilita la costante d'Ambard. Dai dati esposti risulta che l'acido urico è sempre aumentato: il tasso medio è di gr. 0.10. La colesterina è anche aumentata e quasi sempre sorpassa i 2 gr. per litro e così quasi sempre anormalmente elevata è la costante d'Ambard.

Identiche ricerche praticate in 21 casi di litiasi renale hanno mostrato l'aumento di acido urico nel sangue — in media gr. 0.08 per litro — in 19 soggetti. In 16 era aumentata la colesterina. Lieve azotemia in 4 casi: costante d'Ambard elevata in 8.

L'iperuricemia è dunque la regola sia nella gotta come nella litiasi renale. Potrebbe tal fatto esser spiegato da una ritenzione di acido urico per impermeabilità renale? L'elevazione anormale della costante di Ambard potrebbe farlo ammettere: in appoggio starebbe anche l'ipercolesterinemia così frequente nel corso delle nefriti.

Gli AA. non credono però che la lesione renale sia il fatto primitivo: anzi tutto non è un fatto costante l'elevazione dell'Ambard; non solo, ma in molti casi la permeabilità renale sembra normale mentre esiste una forte uricemia con ipercolesterinemia, sproporzione questa che non si osserva nelle pure nefriti ove anzi esiste un certo parallelismo fra il grado dell'impermeabilità renale e il tasso dell'uricemia.

Causa prima dunque dell'iperuricemia nella gotta e nella litiasi non può essere che un disturbo del metabolismo urico: alla luce dei dati recenti i disturbi della nutrizione appaiono sempre più legati ad una insufficienza dei processi fermentativi nel metabolismo generale. Se vogliamo riassumere brevemente le nozioni attualmente acquisite sull'origine dell'acido urico vediamo che l'acido urico proviene dai nucleoproteidi, più specialmente, dagli acidi nucleinici formati dall'associazione di quattro molecole di acido fosforico, ognuna delle quali forma un etere con un resto idrocarbonato (esosi o pentosi) legato esso stesso a guisa di glucoside ad una base purinica (guanina ed adenina) o pirimidica (citosintimina od uracile). Cioè: gruppo fosforato = Resto fosforino - nucleo zuccherato - Base.

L'insieme costituisce il *mononucleotide*: l'autolisi degli acidi nucleinici li sdoppia nei loro mononucleotidi costituenti, ciascun dei quali perde il proprio acido fosforico, il resto (zucchero + base) costituisce il nucleoside che sdoppiandosi dà luogo alle basi puriniche e pirimidiche le quali sotto l'influenza di una diastasi si trasformano in acido urico.

L'uricemia dei gottosi sembra dovuta ad una insufficienza dei fermenti nucleolitici, nucleasi, incaricati di sdoppiare l'acido nucleinico nei suoi elementi e di liberare le purine.

Sembra del resto che la dissociazione delle due cause di iperuricemia, ipergenesi urica

ed ipopermeabilità renale, sia possibile solo agli inizi del processo, poichè rapidamente il rene subisce l'influenza nociva del sovraccarico urico del siero.

Gli americani per primi hanno notato l'iperuricemia nella gotta e la difficoltà che esiste per distinguere l'iperuricemia gottosa dalla iperuricemia interstiziale. Fine preconizza per tale differenziazione lo studio della permeabilità renale con la sulfonefenolftaleina: la permeabilità normale è sintoma di gotta. Per gli AA. la distinzione si basa sulla natura del processo, diverso nei due casi: ritenzione semplice di acido urico nella nefrite, iperuricemia per disturbato metabolismo nella gotta.

Grande importanza in tali disturbi ha il fegato: le esperienze fatte dagli AA. sui cani mostrano che il sangue portale è molto più ricco in acido urico delle vene sopraepatiche e periferiche. Il fegato esercita dunque un'azione inibitrice sui composti urici senza che si possa ancora precisarne il meccanismo: esperienze del Perroncito confermano queste conclusioni. L'iperuricemia dei gottosi appare perciò molto verosimilmente dovuta ad una speciale insufficienza epatica, la quale si associa alla ipercolesterinemia e spesso all'iperbilirubinemia per giustificare l'importanza che gli autori hanno sempre assegnato al fegato nella genesi della gotta.

Anche importante specie per la prognosi sono le lesioni renali, certamente secondarie all'irritazione, provocata dal passaggio di sostanze incompletamente trasformate.

La spiegazione, poi, del perchè con una stessa genesi alcuni malati evolvono verso la gotta ed altri verso la litiasi renale, si può trovare nella diversità delle condizioni del determinismo della *fissazione locale* dell'acido urico: lavoro articolare, freddo umido, costrizioni da cattive calzature nella gotta, stasi urinaria per varie ragioni nella litiasi. MONTELEONE.

CHIRURGIA.

Tumori spinali dal punto di vista chirurgico.

(P. SARGENT. *Brit. med. Journ.*, 10 genn. 1920).

Nel 1881 Frederick Page scriveva: «La trapanazione della colonna vertebrale è una operazione che fuoriesce dal campo della chirurgia pratica»; solo pochi anni più tardi, nel 1887, Sir Victor Horsley apriva il canale spinale e asportava un tumore situato fra le meningi e il midollo, la cui diagnosi era stata posta da William Gowers.

Dopo quel caso classico molte altre volte furono asportati tumori, non solo dalla stessa sede, ma anche intramidollari.

L'A. basa le seguenti osservazioni sopra una serie di 27 casi operati negli ultimi 10 anni: tutti neoplasmi veri, e cioè escludendo tutti i casi di sifilide, tubercolosi e cisti. Li riunisce sotto la triplice logica divisione di: (1) intrameningei ma extramidollari; (2) intramidollari e (3) extradurali.

TUMORI EXTRAMIDOLLARI INTRAMENINGEI INCAPSULATI. — Vi appartengono 15 dei 27 casi, tutti, ad eccezione di uno, tumori benigni. La loro posizione è più comunemente postero-laterale, saldamente attaccati alla faccia interna della dura o a una radice, ovvero quasi liberi nell'aracnoide. In nessuno dei 15 casi il tumore risiedeva al disopra del 5° segmento cervicale o al disotto dell'11° dorsale.

Sintomatologia. — Il sintomo per lo più iniziale è il dolore, riferito all'area di distribuzione di una o più radici spinali: assai intenso e persistente, ovvero semplice fastidio costrittivo, può essere, per molti mesi o anche anni, l'unico disturbo di cui si lagna il paziente.

Il dolore al dorso è raro; non si notò mai rigidità, deformità, o anormalità radiografica.

Un terzo tipo di dolore di cui questi pazienti possono lagnarsi è quello delle gambe. In caso di tumori della cauda questo dolore ha naturalmente lo stesso carattere e la stessa causa dei dolori radicolari. Ma anche in tumori a livello più alto può esservi dolore nelle gambe: di solito, bene investigando, questo è associato a contrazioni spastiche involontarie dei muscoli; ma in altri casi questa non può essere la spiegazione. Si può allora chiamare in causa, in alcuni casi almeno, le variazioni di pressione nel liquido cerebro-spinale; ovvero anche, come fu constatato in un caso recente, una compressione diretta del tumore sulle fibre dolorifiche del cordone antero-laterale.

Spesso si constata parestesia, ma sempre unita a debolezza; più raramente un disturbo di sensibilità di un carattere più definito.

Debolezza nelle gambe fu sempre presente e variabile, da un disturbo leggero e una perdita completa di tutti i movimenti volontari: paresi o paralisi, fu in ogni caso spastica, sebbene non ad un grado estremo.

In 8 sui 15 casi mancarono disturbi vescicali, i quali, nella maggior parte degli altri casi, consistettero in poco più di una imperiosità, ovvero di una esitazione nella minzione; di solito, la prima. La cistite, quindi, è una complicazione rara. Tutto ciò contrasta nettamente con i gravi disturbi funzionali e con la cistite fulminante così comuni nei casi di paraplegia ad inizio più rapido.

Esame neurologico. — La data in cui cominciano i disturbi della sensibilità non può precisarsi poichè i pazienti sono spesso inconsci di qualsiasi disturbo in questo campo. A questo riguardo esiste la più grande diversità di sintomi, come è da aspettarsi date le variazioni di sede dei tumori, il differente grado di compressione da essi esercitato e la lentezza con cui tale compressione progredisce. Frequentemente il limite superiore dei disturbi sensitivi non è netto, e poichè in un certo numero di casi non vi sono neanche dei sintomi radicolari che possano guidare, diviene di grandissima importanza per la localizzazione, un esame accurato e ripetuto (poichè si possono avere lievi variazioni da periodo a periodo).

La sindrome di Brown-Séquard è frequente. Nella maggioranza dei casi dalla anamnesi si rilevò nettamente che un arto era stato colpito prima dell'altro.

Nei tumori dei segmenti dorsali inferiori i riflessi addominali possono costituire un segno di localizzazione piu attendibile che il livello dei disturbi sensitivi.

Decorso clinico e prognosi. — Il decorso è caratteristico: lento ma implacabile; è rara una apprezzabile sospensione, più raro ancora un temporaneo miglioramento e, senza l'operazione, gradualmente si arriva all'inevitabile esito fatale.

Secondo Horsley la durata totale media nei casi di tumore semplice è di 3 anni e 2/3.

Ci si aspetterebbe che la guarigione dopo l'operazione fosse tanto più rapida e completa quanto minore è stato il tempo durante il quale il midollo è stato soggetto a pressione: sebbene ciò non possa negarsi, ciò è vero entro larghi limiti. Il risultato immediato più impressionante è la scomparsa del dolore: ciò può essere predetto con sicurezza, qualunque ne sia stata la precedente durata. La motilità di regola ritorna prima della sensibilità e, nei casi favorevoli, se ne può avere netto miglioramento dentro una settimana dall'operazione. La sensibilità ritorna molto più tardi ed uniformemente nella zona affetta, ma il livello originale è riconoscibile ancora per molto tempo (dopo 5 e 6 anni rispettivamente, in 2 casi in cui la guarigione era sotto ogni aspetto completa).

Tecnica operatoria. — Quella adottata dall'A. fu praticamente la stessa che quella di Horsley, tranne che per il metodo di anestesia, per la quale l'A. preferì l'insufflazione tracheale di etere: non perchè con essa possa essere minore la emorragia (la quale dipende dalla tecnica e dalle risorse del chirurgo, più che dall'anestetista), ma perchè l'abolizione dei movimenti respiratori e la possibilità di piegare quanto si voglia il collo nei casi di tumore cervicale, costituiscono un grande vantaggio.

I primi tempi dell'operazione devono essere rapidi. Segnati con una linea trasversale le apofisi spinose corrispondenti alla sede del tumore si pratica un'incisione mediana verticale che abbia quel segno per centro; i muscoli sono rapidamente disinseriti dalle ossa e quindi almeno 5 apofisi spinose sono recise alla loro base con una forte forbice. Se ora si zaffa abbondatemente per pochi minuti la larga ferita, essa resta notevolmente asciutta e il seguito dell'operazione può compirsi quasi senza sangue. Si tagliano ora gli archi con il laminotomo di Horsley e si asportano mettendo a nudo la dura. Talvolta il tumore può essere già intravisto a questo stadio, ovvero una differenza di pulsazione sopra e sotto, può indicare la sua sede. Quindi si apre la dura con un'incisione mediana-verticale senza ferire l'aracnoide e senza lasciar sfuggire quindi il liquido cerebro-spinale, ciò che farebbe adagiare le radici posteriori sul midollo e potrebbe impedire l'accertamento dei rapporti fra le radici, il midollo e il tumore. Ma, ben individuato questo, si asporta l'aracnoide che vi sta sopra e allora il tumore può essere con delicatezza sollevato e portato via con uno strumento smusso, sezionando, se è necessario, una radice. Naturalmente, questa è la fase più delicata dell'operazione.

Sutura della dura e sutura dei muscoli in due piani separati.

Pericoli post-operatori. — Una complicazione pericolosa è lo stillicidio del liquido cerebro-spinale, data la possibilità di meningite e, anche senza questa, i gravi disturbi generali indotti dalla perdita del liquido, che può essere enorme.

Due pazienti morirono rapidamente entro 48 ore: si trattava di tumori del midollo dorsale alto.

Altre cause occasionali di sintomi gravi che possono terminare fatalmente sono la dilatazione acuta dello stomaco e l'ileo-paralitico.

Risultati. — Dei 15 casi di questa serie 11 possono considerarsi soddisfacenti sotto tutti i lati: 6 compiono il loro ordinario lavoro, 1 ha 77 anni di età ed è in perfetta salute e vigore e gli altri 4 sono in condizioni tali da potersi considerare come successi. Dei 4 risultati sfortunati, uno, in cui la paralisi esisteva 9 anni prima dell'operazione, rimane virtualmente allo *statu quo* a 5 anni e mez-

zo dalla rimozione del tumore e 3 morirono. Di questi 3, di cui l'A. riferisce per esteso la storia, in uno il tumore non fu trovato all'operazione e l'autopsia dimostrò che era in una sede irraggiungibile: gli altri 2 sono quelli già citati di tumore dorsale alto e l'autopsia non potè spiegare la causa della morte.

Altre forme di tumori spinali. — Ne furono osservati nello stesso periodo 12 casi, che in molti punti differiscono dal gruppo precedente; e anzitutto per il loro carattere maligno.

Si possono distinguere in 3 gruppi: *a*) extra-durali; *b*) intra-durali extra-midollari; *c*) intra-midollari. Le meningi, costituendo per essi una barriera quasi insuperabile, raramente si trovarono dei tipi di passaggio fra i tre gruppi. Tutti tendono invece a diffondersi in alto o in basso, nella direzione parallela al midollo. Con la diffusione in alto della massa neoplastica si sviluppa una graduale compressione del midollo che raggiunge progressivamente un livello più alto; quindi variabilità del limite superiore dei disturbi sensitivi, insieme con diffusione dei dolori radicolari a zone sempre più grandi: punto importante di diagnosi differenziale tra questi tumori maligni e il gruppo precedente.

Livello e sintomi. — Nei 3 casi di tumori extramidollari, intradurali non incapsulati, tutti sarcomatosi, il tumore aveva invaso la cauda. Tuttavia in due mancava dolore irradiante: però si aveva notizia di un precoce dolore al dorso. Disturbi dello sfintere furono sintoma rapido e importante in due casi: in ambedue era stato raggiunto il cono midollare.

Con i precedenti contrastano nettamente i tumori intramidollari: in questi la debolezza e la parestesia degli arti inferiori è primo sintoma, mentre il disturbo dello sfintere è leggero o assente.

Infine nei tumori extradurali dovuti a malattia maligna delle ossa troviamo dolore, locale o irradiato, come primo sintoma e di solito assai acuto e aumentato dai movimenti. I disturbi dello sfintere non sono molto evidenti. A differenza delle altre forme si può avere qui un notevole aiuto dall'esplorazione radioscopica, sebbene questa non sappia distinguere tra tumore maligno d'origine ossea e carie tubercolare. Distinzione peraltro che è talora difficile anche alla visione diretta, e non solubile che con l'esame microscopico.

In nessuno dei 12 casi di questa serie, l'esatta natura fu diagnosticata prima dell'operazione. Si potè solo ammettere una compressione progressivamente aumentante; si potè determinare il livello della compressione stessa; ma in nessun caso potè esser prevista la posizione esatta, i rapporti con il midollo e le meningi, la natura del tumore. Fu cioè praticata una laminectomia a carattere esplorativo.

Risultato. — In linea generale si può dire che la chirurgia offre poco in questi casi. Non è facile dire quanto i pazienti possano guadagnare dall'intervento. Il beneficio più evidente e, nel più dei casi, sufficiente a giustificare l'operazione, è il sollievo del dolore. In alcuni casi migliorò il controllo dello sfintere. In parecchi casi la motilità e la sensibilità ritornarono al punto da permettere a un paziente, prima costretto al letto, di alzarsi e anche per alcuni mesi di attendere ai suoi affari.

CONCLUSIONI. — L'insegnamento principale che si ricava dallo studio di una serie di casi di compressione del midollo è che un'operazione esplorativa precoce dovrebbe essere più frequentemente praticata. Nè una netta storia di sifilide, nè l'esistenza di una Wassermann positiva, potrebbe considerarsi una controindicazione, a meno che la somministrazione di rimedi antisifilitici fosse seguita da rapido miglioramento. Perchè dei soggetti con sifilide in atto possono soffrire di un neoplasma spinale, mentre una costrizione del midollo per una fibrosi successiva a meningite gommosa, non influenzabile da medicine può essere con successo trattata con l'intervento operativo.

SEBASTIANI.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Ricerche sperimentali sulla patogenesi della sclerosi a piastre.

(ROTHFELD, FREUND, HORNOWSKI. *Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde.* Gennaio 1921).

Per controllare i dati sperimentali di Siemerling che era riuscito a dimostrare la presenza di spirochete viventi nei focolai sclerotici, di fresco sezionati, in forme di sclerosi a piastre, e per poter giungere alla scoperta e all'isolamento dell'agente morboso, se questo esistesse, gli autori hanno eseguito su vasta scala delle esperienze su cavie e conigli procedendo in questa maniera.

Praticavano iniezioni endovenose, sottocutanee e nel peritoneo degli animali, di liquor di quattro tipici malati di sclerosi a placche, tentavano la possibilità di passaggi in serie, facevano anche iniezioni di emulsioni di cervello, midollo malato, o di fegato. I vari animali o morti, con qualche sintoma che pote-

va rientrare nel quadro della sclerosi a piastre, o sacrificati dagli autori, furono esaminati accuratamente all'autopsia e di tutti gli organi, ma specie del sistema nervoso furono praticate le più fine ricerche istologiche.

Mai furono vedute, nè nel sangue circolante, nè nel sistema nervoso centrale, nè in altri organi, le spirochete viste da Kuhn, Steiner e Siemerling. L'autopsia poi mostrò constantemente, anche in quei casi in cui i segni clinici potevano richiamare il quadro della sclerosi a piastre che la causa della morte degli animali era da riferire alla vasta e profonda tubercolosi delle ghiandole linfatiche, della milza, del fegato, dei reni. Nei conigli a lato della tubercolosi, la coccidiosi era quella che determinava le più vaste lesioni ed oggi poi si sa che questa infezione non limita le sue lesioni al solo fegato, ma può determinare un complesso quadro di alterazioni istologiche per dei veleni che si verrebbero formando nei focolai infettivi e che entrando in circolo determinerebbero dimagramento degli animali, piccole emorragie nel cervello e nel midollo, trombosi ialine dei vasi, piccole infiltrazioni infiammatorie, formazione di piccoli focolai di glia.

Se ad un primo sguardo superficiale dei sintomi presentati dagli animali in esperimento, si poteva avere l'impressione che nel liquor degli ammalati di sclerosi a piastre, fosse contenuto un virus che si può trasmettere in serie, l'analisi dei dati anatomo-patologici dice che le lesioni trovate non sono caratteristiche per la sclerosi a piastre e completamente negative sono le ricerche batteriologiche.

Molto probabilmente quindi a errori di interpretazione devono riferirsi i risultati positivi di alcuni autori e che solo un esame fine ed obbiettivo fa mettere in rapporto con la tubercolosi e la coccidiosi.

T. DE SANCTIS.

CENNI BIBLIOGRAFICI

H. HAZEN: *Syphilis*. — C. V. Mosby e Company, editori, St. Louis, 1919.

Riunire in un solo volume tutto quanto riguarda l'etiologia, la patologia, la diagnosi, la profilassi e la cura della sifilide è opera che richiede la conoscenza di tutto lo scibile medico, tanto le conosceneze sulla sifilide si sono estese ed hanno preso stretti legami col resto della medicina diagnostica e curativa. Perciò l'A. in questo volume che dovrebbe racchiudere in maniera piuttosto completa, quanto di moderno si conosce sulla sifilide, ha chiamato a suoi collaboratori Reasoner, Fowler, Dunlop, Lind, Hough, Dabney, Greene, Craig, Schamberg, Sweringen, Reede, Fordyee, Mac Kee, Sutton, i quali per la loro parte sono stati di valido ausilio in particolari capitoli, come quello dell'infezione e dell'immunità, della sifilide degli organi genito-urinari maschili, del sistema nervoso centrale, delle glandule a secrezione interna, delle ricerche radiologiche nelle varie affezioni degli organi, della tossicologia nella cura dell'arsfenamina.

Degli intenti del libro e della opportuna collaborâzione non si può che dare elogio all'ideatore del manuale: sotto la sua guida il libro non perde di unità e guadagna in modernità e competenza. In brevi capitoli si trova infatti condensato quanto coi moderni metodi di indagine diagnostica e di pratica terapeutica ha arricchito il campo della sifilide.

Magnifiche illustrazioni a colori e in nero, una ricca bibliografia, che segue ad ogni capitolo, aggiungono pregi al volume.

t. p.

BAKETEL SHERIDAN H.: *The treatment of syphilis*. Un vol. in-8 di 158 pag. con numerose illustrazioni, rilegato. — Macmillan Company, New York, 1920.

I soliti trattati sulla sifilide non sono, secondo l'A., abbastanza ampî e particolareggiati sull'argomento della cura: scopo del libro è appunto quello di mettere il medico in grado di poter procedere ad una accurata terapia. Perno di questa sono gli arsenobenzoli, per cui l'A. si estende specialmente sulla introduzione di questi per via endovenosa, con abbondanza di particolari e di consigli pratici di reale utilità. Le illustrazioni dei singoli momenti dell'introduzione dei rimedî sono molte: ci sembra anzi che quattro fotografie per dimostrare con lusso di apparato di asepsi, la tecnica per le iniezioni endomuscolari di sali mercuriali siano eccessive.

Non tutti poi saranno d'accordo con l'A. nel

dare, in certo modo, l'ostracismo alle iniezioni di calomelano, accettando solo i preparati solubili, e nel ritenere che col mercurio non si possa arrivare ad ottenere la Wassermann costantemente negativa.

fil.

Prof. CANZIO RICCI: *Autolesionisti di guerra.* Discorso pronunciato per l'inaugurazione dell'anno accademico dell'Università di Urbino. — Urbino, Tip. Melchiorre Arduini, 1921.

L'A. fa una lucida esposizione di un triste fenomeno della guerra, l'autolesionismo, attuato da coloro che ai rischi del fronte e della trincea hanno cercato di sottrarsi con ogni mezzo. La quistione medico-legale della simulazione è stata una delle più complicate e difficili createsi nel mondiale conflitto, e son solamente in Italia, dove anzi il fenomeno fu meno intenso che altrove, quanto presso tutte le altre Nazioni belligeranti.

L'A. espone succintamente sull'importante tema il risultato delle sue osservazioni personali, passando in rassegna nella sua casistica quasi tutte le forme più comuni di autolesioni. Mediante apposite tavole egli illustra gli effetti principali delle autolesioni stesse sui vari tessuti.

Trattasi di uno studio veramente pregevole, svolto da un punto di vista strettamente obbiettivo con ricchezza di dati statistici e con chiarezza non comune di forma.

MINGAZZINI.

Prof. dott. R. FINKELNBURG: *Lehrbuch der Unfallbegutachtung der inneren und Nerwenkrankheiten für Studierende und Aerzte.* — Editori A. Marcus ed E. Weber, Bonn, 1920. Pag. 539. — Prezzo Mk. 70. Rilegato: Mk. 82.

È un libro essenzialmente pratico ed ha lo scopo di iniziare medici e studenti allo studio dei difficili problemi che si riferiscono alla patologia degli infortuni.

L'opera è divisa in due parti. Nella prima sono brevemente trattate le questioni d'indole generale.

L'autore, rinunciando a lunghe esposizioni dottrinali, prende rapidamente in esame le differenti forme di assicurazione ed enumera le varie specie di infortuni sul lavoro e gli effetti diversi che da essi possono derivare. Dà poi lo schema delle ricerche e dei procedimenti necessari per redigere una buona perizia, schema che appare, nell'insieme, chiaro e completo sebbene in esso non sia menzionata, fra le indagini dirette a determinare le condizioni del sistema nervoso, la puntura lombare.

Infine dedica un capitolo alla simulazione.

Nella seconda parte, che è la più estesa e la più importante, vengono prese singolarmente in esame le diverse malattie interne e con particolare diffusione sono trattate l'etiologia e la patogenesi delle varie forme morbose in rapporto agli infortuni sul lavoro. I problemi pratici che volta a volta possono presentarsi al perito, la stima della liquidazione, ecc., sono alla fine di ogni capitolo esposti con chiarezza. Le note bibliografiche riassunte in modo completo e commentate con misurato spirito critico, rivelano la padronanza assoluta che l'autore ha dell'argomento.

Questo trattato del Finkelnburg è il primo che nel campo della patologia degli infortuni sia stato scritto in Germania sotto gli auspici di un istituto scientifico quale è la Clinica medica di Bonn e merita di essere raccomandato non solo ai medici specializzati nella materia, ma a chiunque voglia arricchire la propria cultura di utili cognizioni in questa branca particolare della medicina pratica.

F. M.

FEIN JOHANN. *Die Anginose.* (Kritische Betrachtungen zur Lehre von lymphatischen Rachenring). Berlin. Urban e Schwarzenberg, 1921, Mk. 15.

Le malattie acute e croniche delle tonsille e dell'apparato linfatico del faringe, sono affezioni primarie che, determinando una minore resistenza di tale barriera linfatica, favoriscano la penetrazione in circolo di germi e quindi lo sviluppo di setticemie o di altre affezioni infettive? L'A. si mostra contrario decisamente a tale opinione e dopo avere esaminato le condizioni anatomiche e quanto ci fornisce la fisiologia sull'apparato linfatico faringeo, tratta brevemente delle affezioni acute e croniche delle tonsille e sostiene che le malattie delle tonsille fanno parte della sintomatologia di quelle infezioni generali a tipo setticemico, nelle quali le alterazioni dell'apparato linfatico faringeo compaiono di regola precocemente, mentre solo più tardi si manifestano le localizzazioni del processo morboso negli altri organi.

È per questo che l'A., passando in rassegna i mezzi terapeutici in uso nella cura delle malattie delle tonsille, considera completamente inutili tutti i medicamenti che vengono consigliati in una cura locale e superficiale delle varie forme di angina.

Sola cura che deve essere applicata è quella diretta contro l'infezione generale.

TR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta ordinaria del 29 maggio 1921.

Presidenza del prof. G. PIANESE, vice-presidente.

Un caso di sarcoma della tonsilla palatina guarito, senza operazione, col metodo Citelli.

GRADENIGO prof. GIUSEPPE. — Questo metodo proposto dal Citelli fino dal 1915 consiste nella inoculazione sotto cute al paziente stesso di piccolissimi frammenti ricavati dal tumore esteriorizzato, senza che detti frammenti sieno preventivamente sottoposti a manipolazioni chimiche, a sterilizzazione, ecc. Si comincia con la inoculazione di gr. 0,20 di tumore e si ripetono le inoculazioni per 10-15 giorni con dosi progressivamente crescenti fino a raggiungere 1 gr. e più.

Il paziente presentato, individuo di 48 anni, da oltre sei mesi aveva notata progressiva tumefazione della tonsilla di sinistra. Nel gennaio u. s. il tumore, che si appalesò come sarcoma a cellule polimorfe, aveva raggiunto le dimensioni di un grosso mandarino e causava con la sua presenza all'istmo delle fauci disturbi di deglutizione, di fonazione e di respirazione. Furono praticate fino alla metà di marzo 6 iniezioni e si potè assistere ad una specie di sfacelo del neoplasma e al suo graduale impiccolimento. Il tumore è scomparso e la guarigione clinica si mantiene ormai da circa due mesi. Dato il poco tempo trascorso si è molto riservati nell'ammettere una guarigione definitiva, ma ad ogni modo trattasi di un risultato meraviglioso. Si aggiunga che era stata praticata in precedenza una cura antiluetica che rimase senza risultato.

L'antropologia criminale nel suo mandato storico, e in riguardo al più grave e delicato compito a cui prossimamente sarà chiamato il medico-perito in conseguenza della proposta « Riforma delle Leggi Penali ».

ZUCCARELLI prof. ANGELO. — Espone in una lunga comunicazione quale dovrebbe essere l'impulso da darsi all'insegnamento della antropologia criminale.

Sulla cura chirurgica del varicocele (Nuovo processo operatorio).

BERNABEO prof. GAETANO. — Dopo una chiara esposizione degli studi di anatomia normale e patologica delle vene del cordone spermatico, espone un suo metodo nuovo per guarire efficacemente e radicalmente il varicocele. Per ottenere ciò è indispensabile aggredire il gruppo anteriore delle vene del cordone, cioè il gruppo spermatico, rispettando il gruppo posteriore o funicolo-deferenziale e tutte le tre arterie. In base allo studio anatomico, il punto migliore per l'intervento è in alto nella metà superiore del canale inguinale, poichè ivi non resta che il gruppo venoso anteriore con l'arteria spermatica e quindi facilmente differenziabile, aggredibile e separabile dalla arteria spermatica e per di più in alto nel canale inguinale non è possibile ferire la arteria deferenziale e la funicolare. L'atto operativo consiste in una incisione dei comuni tegumenti della regione inguinale, parallela alla piega dell'inguine a due dita trasverse al di sopra di questa piega; incisione dell'aponeurosi del grande obliquo lungo la stessa linea; incisione limitata dalla tunica comune del cordone e isolamento del gruppo anteriore delle vene che viene legato sopra e sotto asportando quindi un lungo tratto delle vene. La legatura inferiore viene tirata fortemente in alto e poi cucita ai margini della incisione dell'aponeurosi del grande obliquo. I margini dell'incisione della tunica comune del cordone vengono tirati anche essi fortemente in alto e cuciti pure all'aponeurosi del grande obliquo. In ultimo viene suturata l'incisione della tunica comune del cordone, poi quella dell'aponeurosi del grande obliquo ed infine quella dei comuni tegumenti. Il testicolo in tal modo viene portato in alto e fissato all'esterno dell'orifizio cutaneo del canale inguinale; il cordone resta aggomitolato e quindi accorciato; il pacchetto varicoso, potendosi meglio svuotare, diminuisce gradatamente fino a scomparire. I casi fino ad ora operati con tale metodo sono stati coronati da completo successo.

Modificazioni strutturali indotte dal Radium nei neoplasmi e nei tessuti sani circostanti.

MINERVINI prof. RAFFAELE. — Dopo avere esposto brevemente gli studi più recenti al riguardo, riferisce sopra due casi osservati personalmente e cioè un linfosarcoma della parotide ed una metastasi inguinale di epitelioma dell'asta che avevano già subito un intenso trattamento radiumterapico con infissione di tubi di bromuro di radium. In entrambi i casi si era ottenuta notevole e rapida riduzione del tumore. L'intervento operativo, consistente nella estirpazione, fu eseguito allo scopo di permettere una ulteriore applicazione metachirurgica del radium. Lo studio dei pezzi estirpati ha posto in evidenza una intensa e generale trasformazione fibrosa del tessuto neoplastico e dei tessuti sani circostanti, il linfosarcoma era ridotto un ammasso di cicatrice che in alcuni punti presentava la struttura di un fibrosarcoma, l'epitelioma era del pari trasformato in tessuto fibroso che in qualche punto somigliava ad una forma scirrosa, presentando ancora scarsi e piccoli nidi residuali di neoplasia epiteliale strozzati dalla massa cicatriziale circostante. I tessuti sani, cute, tessuto adiposo sottocutaneo, muscoli, erano profondamente alterati e trasformati in tessuto fibroso.

Pur ammettendo che allo stato attuale con la radiumterapia non si arriva ad ottenere la completa guarigione dei tumori maligni, riconosce che questo mezzo ha una innegabile azione modificatrice sui tessuti neoplastici e che merita perciò di essere ulteriormente studiato e perfezionato nelle sue applicazioni.

A. CHISTONI.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Adunanze Scientifiche 1921.

La terapia immunitaria della tubercolosi polmonare col vaccino Martinotti.

G. COSTANTINI. — Con questo vaccino ha trattato 200 malati di tubercolosi polmonare a carattere evolutivo, nei quali si mostrava possibile istituire un'utile immunità attiva. Dopo un periodo di cura di due-quattro mesi si ebbe: aumento di peso, scomparsa della febbre, diminuzione della tosse e dell'espettorato; in molti casi scomparsa del b. di Koch, con modificazioni corrispondenti dei fenomeni fisici toracici ed elevazione dei poteri umorali di difesa (agglutinine, precipitine, anticorpi, opsonine, ecc.). In alcuni casi si ha elevazione termica dopo 12-24 ore dal trattamento, la febbre va poi declinando fino al 3° giorno, dopo il quale discende fino all'apiressia. Tale curva immunitaria si differenzia dalla curva di tossicità, che corrisponde al tipo inverso, cioè innalzamento della temperatura che persiste alta dopo la vaccinazione per molti giorni. La durata dell'immunità varia nei diversi soggetti: in alcuni lo stato di benessere dura da un anno, in altri fu necessario ripetere il trattamento dopo alcuni mesi; il secondo periodo di cura però fu sempre più breve del primo. (*Comunic. del* 18-II-21).

Di alcuni casi di tubercolosi chirurgica trattati col vaccino Martinotti.

G. FORNI. — I risultati sono stati complessivamente i seguenti. Si ottenne la guarigione in dieci malati, persistente anche parecchi mesi dopo il termine della cura, e furono due casi di tubercolosi delle parti molli, uno di linfoma al collo, due di osteoperiostiti, due di artrosinoviti, tre di lesioni ai genitali. In due casi dopo tre mesi la guarigione, si manifestarono fenomeni di recidiva; in sette casi si verificò un naturale miglioramento nelle condizioni locali e generali; in uno non si ebbe alcun giovamento.

Spesso dopo le prime iniezioni i malati hanno avvertito e spontaneamente dichiarato senso di benessere ed aumento dell'appetito. A questo seguì, e in breve tempo, aumento del peso corporeo, che in alcuni raggiunse i 10 chili, in altri 5. Rimase stazionario in due soli. Le modificazioni obbiettive locali sono state rilevate mediante l'osservazione clinica, radiologica, ed umorale. Su queste tutte in particolare il disserente s'intrattiene. (Comunicazione del 18-II-921).

A. SERRA (assistente R. Clinica Ortopedica). — *Angioma cavernoso ossivoro del femore e suoi rapporti con le cisti ossee.* (Com. del 18-II-921).

M. PREZZOLINI (Comprimario degli Ospedali). — *Sull'assenza del fenomeno di Babinski in alcune lesioni del sistema piramidale* (Com. dell'11-2-921).

Dott. G. M. PICCININI.

Società tra i Cultori di Scienze Med. e Naturali di Cagliari.

Seduta del 30 *aprile* 1921.

Echinococcosi primitiva del cuore con multiple metastasi viscerali e periferiche.

Dott. A. BUSINCO. — In un individuo che clinicamente aveva presentato turbe cerebrali a carattere demenziale, amaurosi, e terminali crisi convulsive a tipo jäksoniano, dolorabilità addominale, asfissia simmetrica delle estremità inferiori, integranti un vero e proprio morbo di Reynaud, l'O. ha trovato multiple cisti idatiche nel cuore (sede primitiva), una delle quali (atriale) si è aperta nell'orecchietta sinistra, dando secondari impianti nel cervello, nei reni, nella milza, nelle arterie poplitee.

In base al reperto anatomico grossolano e istologico, fa una chiara ricostruzione epicritica della oscura sindrome clinica, e dimostra che in questo caso di localizzazione primitiva estra-epatica dell'echinococco, costituente una evenienza rara nell'uomo (sono noti soltanto una sessantina di casi in patologia umana, pochi nel bue) si tratta di una varietà di echinococco a proliferazione esogena.

Influenza della diatermia sulla funzione emopoietica

Dott. MARIO ARESU. — L'O. partendo da precedenti ricerche in cui aveva riscontrato modificazioni della crasi sanguigna nei territori esposti alla diatermia, passa ad illustrare gli effetti delle applicazioni diatermiche quando vengano portate su larghi tratti di osso e ne influenzino il midollo. Ha praticato a questo riguardo ricerche su animali in cui ha potuto dimostrare su preparati istologici, che presenta alla Società, uno spiccato aumento dell'emopoiesi.

Espone quindi i risultati di applicazioni diatermiche praticate su soggetti anemici (cloroanemie e clorosi) in cui si è avuto uno spiccato aumento dei globuli rossi con qualche modificazione anche del tasso emoglobinico.

Successo dell'elioterapia in una grave e poco comune lesione osteo-tubercolare.

Studente OTTAVIO BUSINCO. — L'O. illustra un caso di tubercolosi ossea da lui trattato colla elioterapia nell'Ospizio marino di Cagliari. Trattavasi di una di quelle osteiti tubercolari che passano sotto la larga denominazione di *carie carnosa* (König) consistente di una massa di fungosità delle dimensioni di una grossa arancia, facente corpo con la regione malleolare interna del piede sinistro. La sua differenziazione da un *osteosarcoma* fu fatta solo in base all'esame istologico.

Col trattamento elio-marino la lesione fu completamente riparata dopo circa 150 giorni (come si apprende dalle fotografie che riproducono la lesione all'inizio, in fasi diverse di trattamento e a guarigione avvenuta.

Attribuisce la rapida guarigione al fatto che la lesione, largamente fistolizzata, poteva essere esposta al sole in tutte le sue anfrattuosità e subirne, così, più intensamente l'azione benefica: consiglia quindi la esteriorizzazione dei focolai tubercolari, sempre che sia possibile, prima di esporli al sole.

MARIO ORESU.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Diagnosi del cancro del colon.

I segni del cancro del colon sono così torpidi che la diagnosi si fa il più spesso in seguito ad una occlusione; comunque esso va sospettato in presenza di uno dei seguenti fatti:

1° *Tumore*. — Il tumore colico è dovuto od al neoplasma od a materie fecali accumulate, oppure a contrattura intestinale a monte dell'ostacolo: il tumore non può avvertirsi che nei punti in cui il colon è superficiale.

2° *Segni d'occlusione acuta*. — Se il ventre non è teso, si proceda alla laparotomia esplorativa: in caso contrario si faccia un ano cecale, e comunque si proceda alla radioscopia, previo clistere di barite.

3° *Segni d'occlusione cronica*. — Alternative di costipazione e di diarrea, oppure coliche periodiche con gorgoglio che finisce allo stesso punto dell'addome dove si trova il tumore.

4° *Esame coprologico*. — Presenza di sangue nelle forme ulcerate, scoli sanguigni o mucosi nei cancri sigmoidi o retto-sigmoidi.

5° *Costipazione cronica*, che si è venuta esagerando e che si alterna con scariche diarroiche.

6° *Esame radiologico*, che comprende l'ingestione ed il clistere di barite; tale esame è importante ma non infallibile.

L'operazione tipica la più breve e la più efficace per il carcinoma del colon (V. Pauchet. *Journ. de méd. de Paris*, 1921, n. 11) è la colectomia totale.

fil.

L'ipercloridria nei bambini.

Si osserva particolarmente in bambini grandicelli, i quali, anche nell'intervallo dei pasti, sentono un prepotente bisogno di mangiare, per cui iniziano il pasto con vera voracità, ma si sentono sazi dopo una piccola quantità di cibo. Dopo qualche tempo avvertono un senso di ripienezza all'epigastrio, accompagnato da un dolore indefinito nella regione ombelicale, che si irradia verso la regione inguinale destra, simulando talora il dolore appendicolare cronico: tali sensazioni sono accompagnate da eruttazioni acide e da pirosi. Questi bambini hanno, di solito, il fiato puzzolente, la lingua impaniata, sono costipati, d'aspetto anemico. Sono al di sotto del normale, per quanto riguarda il peso e l'altezza, si stancano facilmente; l'esame del succo gastrico dimostra aumento dell'acidità totale e dell'acido cloridrico.

La dieta di questi ammalati è quasi sempre difettosa, poichè vi è un eccesso di dolci, di caffè o tè, di minestre con droghe, ecc. La prognosi non è cattiva purchè si intervenga a tempo con misure igieniche.

Nel trattamento si daranno alcalini per neutralizzare l'acidità eccessiva; Kerley (*Medical Record*, 8 maggio 1920) trova utile la prescrizione seguente: Carbonato di magnesia *g. due;* bicarbonato di sodio, sottocarbonato di bismuto *ana cg. sei*; m. div. in 30 cart. ug. da prenderne una in acqua prima dei pasti. Contro la stitichezza si userà una miscela di rabarbaro, bicarbonato di sodio ed estratto di cascara.

La parte più importante nella cura è la dieta: i cibi debbono essere nè caldi, nè freddi, nè troppo dolci, nè acidi; si sorveglierà per un'attenta masticazione. Si eviterà di dare degli aranci a digiuno, ma si permetteranno solo dopo i pasti: sul principio anzi si elimineranno sostituendoli con succo di prugne; sopprimere le minestre drogate, le carni rosse (una sola volta la settimana), i dolci, i gelati, il tè, il caffè, che sono assai dannosi: delle uova dare solo l'albume. Concedere un vitto a base essenzialmente di farinacei, latte (non oltre mezzo litro al giorno), carni bianche, biscotto, verdure, frutta cotta.

Al bambino deve essere concesso un congruo riposo, lasciandolo alzare un po' tardi al mattino, facendolo riposare nel pomeriggio: nei casi più gravi si impone un totale cambiamento di vita con soggiorno in montagna od al mare. *fil.*

La stitichezza essenziale nel lattante.

Cause. — Occorre anzitutto escludere le forme legate a malattie in corso e sintomatiche di esse (peritoniti, meningiti, ecc.) e quelle che si osservano in particolari stati morbosi, come l'ipotiroidismo, la diatesi essudativa, il rachitismo.

Vi è poi la stitichezza dovuta a malformazioni dell'intestino, quali restringimenti, megacolon congenito (malattia di Hirschsprung) eccessiva lunghezza della *S* iliaca.

La stitichezza abituale primitiva può riconoscere cause intrinseche, e cause estrinseche, cioè dipendenti dall'alimentazione (G. Guidi, *Riv. di Clinica pediatrica*, 1920, n. 8). Per quanto riguarda le prime, occorre ricordare che nel bambino, l'intestino è proporzionalmente più lungo che nell'adulto (da 3-4 mesi a 3 anni, 7 volte la lunghezza del corpo, anzichè 5) e quindi, nel bacino poco ampio, vi subisce nu-

merose piegature e flessuosità, sicchè il chilo è costretto ad un percorso più lungo e tanto più difficile, in quanto che lo sviluppo delle fibre muscolari è scarso. La diagnosi di questa forma di stitichezza si fa escludendo le cause estrinseche (alimentazione) e le malformazioni congenite, e tenendo conto delle condizioni generali del bambino (nascita prematura, gracilità, ecc.). Altra causa intrinseca di stitichezza è lo *spasmo intestinale*, che si manifesta fin dalle prime settimane di vita ed è accompagnato spesso da vomito, prominenza della regione epigastrica, avvallamento dell'addome, ipereccitabilità del sistema nervoso (insonnia, ipertonia).

Anche l'ipofunzionalità del fegato, e l'insufficienza delle secrezioni gastriche o pancreatiche può avere come risultato la stitichezza

Di gran lunga più frequente che tutte queste forme è la stitichezza dipendente dall'alimentazione; in luogo delle 3-4 evacuazioni giornaliere, il bambino evacua l'intestino solo una volta ogni uno o due giorni emettendo scibale dure ed asciutte con evidente sforzo: oppure il numero delle evacuazioni è pressochè normale, ma la quantità di feci è assai scarsa.

Le cause più frequenti di questa forma sono: 1° *l'ipoalimentazione* (l'insufficienza dell'alimento porta evacuazioni scarse e rare; il bambino è irrequieto ed insoddisfatto); 2° *l'ipernutrizione* (la quantità eccessiva del latte lascia uno stato di atonia intestinale, dilatazione, disidratazione delle feci e quindi stitichezza, a cui, in uno stadio più avanzato può susseguire diarrea); 3° *qualità dell'alimento* (latte materno povero di sostanze nutritive, dieta errata della nutrice per eccesso di alimenti nutrienti quali carne ed uova e scarsità di cibi vegetali; nei bambini ad allattamento artificiale, per la differente composizione del latte, sono più abbondanti i residui alimentari, più consistenti le feci e più facile la stasi; in essi si osservano inoltre le feci saponose a tipo di mastice che ingombrano l'intestino e danno facilmente stitichezza.

Questa è anche provocata da somministrazione troppo precoce di altri alimenti, quali farine, che rimangono indigerite).

Inconvenienti. — Localmente si hanno erosioni e ragadi anali, talvolta emorragia. Dolori ed irrequietezza, grida, che cessano solo con l'emissione delle feci. Secondariamente si ha poi dilatazione dell'intestino, atonia ed anche entero colite. Le digestioni si fanno difficili, l'accrescimento ne viene turbato: nel bambino può svilupparsi una stato di ipereccitabilità fino ad aversi anche reazioni del sistema nervoso.

Rimedî e cure della stitichezza abituale. — Nel caso di atonia intestinale per scarso sviluppo di muscolatura è necessario anzitutto tenere il bambino in buone condizioni igieniche (portarlo all'aria aperta qualche ora ogni giorno, fare giornalmente il bagno), praticare un razionale e delicato massaggio addominale, con frizioni a semicerchio dal fianco destro al sinistro, facendolo precedere da frizioni leggere sull'addome in modo da ottenere il rilasciamento della parete. È anche utile l'introduzione nel retto di una sonda molle, di suppositorî. Al clistere si ricorrerà soltanto quando i mezzi accennati non abbiano dato risultati e sia necessario svuotare l'intestino: si introdurranno 80-100 cmc. di liquido, a modica pressione, con una sonda molle innestata alle comuni perette. Assai utile è l'olio di vasellina o paraffina (minerolaxina, vasolaxina) che deve essere assolutamente puro e neutro (un cucchiaino od un cucchiaio secondo l'età).

Se l'atonia è molto marcata, si potrà usare, dopo i primi mesi di vita la noce vomica, in forma di tintura al decimo (due-tre goccie al giorno) o di polvere (mezzo-un centigrammo).

In casi di spasmo si può provare la belladonna (tintura due-cinque goccie al giorno, polvere due-quattro milligrammi).

Quando è riconoscibile una insufficienza di secrezione gastrica o pancreatica (fermentazioni, eruttazioni, emissioni di gas) si daranno i fermenti digestivi: pancreatina con bicarbonato di sodio (10-30 cg. tre volte al dì, dopo i pasti): pepsina con lattosio (10-20 cg.), takadiastasi (5-10 cg.: 2-3 volte al dì), tali fermenti trovansi in commercio in soluzioni già pronte.

Utile è pure la batterioterapia intestinale (Kefir, Gioddu, Yoghurt, fermenti lattici).

Quando la stitichezza dipende dall'alimentazione, si provvederà ad ovviare alla ipoalimentazione aggiungendo eventualmente latte vaccino, oppure farine amido-diastasate, maltosate, ecc. Si curerà l'alimentazione della nutrice eliminando eventualmente le sostanze alcooliche, la stitichezza (frutta, vegetali) consigliando il moto all'aria aperta e somministrando qualche lassativo.

Nel caso dell'allattamento artificiale, si correggerà, se del caso, la qualità del latte, diminuendo, p. e., l'eccesso di grasso e aggiungendo invece idrati di carbonio (20-30 g. al giorno). Dopo i 5-6 mesi, si daranno decozioni di orzo, di avena, si sostituiranno uno o due pasti di latte con farinate con o senza aggiunta di estratto di malto. Si può anche provare con qualche cucchiaino di succo di frutta fresche, con fermenti lattici, ed applicare il massaggio addominale e le solite regole igieniche.

Ai lassativi e purgativi si ricorrerà solo eccezionalmente ed in via temporanea. Affatto innocuo ed utile è il lattosio (20-30 g. al giorno): usata comunemente è la mannite (3-5 g.), così pure lo sciroppo di fichi, di prugne, di pesche. La fenolftaleina (da uno a cinque centigrammi) esplica la sua azione sulla mucosa e sulla muscolare intestinale; talora si unisce anche ai fermenti lattici. Il rabarbaro si dà nelle forme con scarsa secrezione biliare sotto forma di sciroppo (2-3 cucchiaini) o di polvere (10-20 cg.).

Il citrato di sodio (2-3 g. al dì). La azione lassativa e così pure la magnesia calcinata (g. 0.50), che a dosi maggiori (2 g.) costituisce un vero purgante.

Se si vuol ottenere un rapido svuotamento dell'intestino si ricorrerà al solfato di sodio o, meglio, all'olio di ricino. Assolutamente sconsigliabili sono invece i purganti che irritano la mucosa intestinale (calomelano, aloe, gialappa, scamonea).

fil.

Ossiuri ed appendicite.

Vi sono autori che ritengono gli ossiuri capaci di produrre lesioni di appendicite acuta vera. L. Aschoff (*Berliner Klin. Woch.*, 1° novembre 1921), pure non negando l'azione patogena degli ossiuri stessi, ritiene che essi possano produrre soltanto una sindrome dolorosa pseudo-appendicolare.

Anzitutto, come risulta dalle ricerche dell'A., gli ossiuri sono meno frequenti nelle appendici malate che nelle sane (9 % nelle appendici leggermente infiammate; 4 % in quelle molto malate; 55 % in quelle sane). Inoltre le modificazioni di struttura, invocate a sostegno della importanza degli ossiuri nell'appendicite, sono lesioni affatto banali e per nulla caratteristiche.

Specialmente nel bambino, il presentarsi di una crisi dolorosa nella regione appendicolare, *senza notevole elevazione termica* e *senza modificazioni del polso* deve far sospettare la presenza del parassita.

Quando la ricerca sia positiva è da consigliarsi l'astensione operatoria, potendosi ottenere la guarigione radicale con un trattamento antielmintico.

fil.

La cura degli ascessi rettali.

Questi ascessi differiscono da quelli di altre parti del corpo perchè sono facilmente soggetti a lasciare come conseguenze, una fistola, dovuta il più delle volte ad incisioni inadeguate e troppo piccole. Gli stessi trattati di chirurgia non sono sufficientemente espliciti su questo punto. T. Chittenden Hill (*Boston med. and surg. Journ.*, 17 marzo 1921) ritiene che le cause più frequenti di questa incresciosa sequela siano: 1° il dilazionare l'apertura dell'ascesso, che frattanto cresce di volume distruggendo il tessuto areolare molle e ritardando la consecutiva guarigione; 2° il praticare un'incisione troppo piccola, che non garantisce un conveniente drenaggio, per il fatto stesso che la cavità si contrae: l'incisione deve essere larga in modo da poter rimanere aperta: è inoltre un procedimento assai doloroso il cacciar dentro della garza a traverso un'apertura troppo piccola; 3° la forma dell'incisione che deve essere a T od a croce.

Ascessi sottocutanei. — Per l'apertura è sufficiente l'anestesia con una soluzione di procaina: si solleva poi l'ascesso fra il pollice e l'indice, lo si trafigge col bistori, facendo poi un'altra incisione a croce.

Ascessi marginali. — Anestesia come sopra: per correre meno rischio di ledere lo sfintere, si ricorrerà alla incisione a T, facendo la prima nella direzione delle fibre muscolari, la seconda ad angolo retto. L'ascesso può rendersi prominente per mezzo del dito introdotto nel retto; la cavità viene pulita con un tampone, introducendo poi uno stuello.

Ascessi sottomucosi. — Sono lisci ed elastici al tatto, di forma più o meno allungata; la defecazione provoca dolore e senso di peso e di battito nel retto; rassomigliano all'ascesso pelvirettale, da cui talora è difficile distinguerli; l'ascesso sottomucoso però più frequentemente che il pelvirettale si rompe sotto il dito esaminatore.

Nella metà dei casi, dopo la rottura, guarisce spontaneamente in 3-4 settimane; se non si ha la guarigione, lo si apre con un'incisione lineare da un capo all'altro, fatta sulla guida di una sonda. Nel caso che l'ascesso non sia ancora rotto, si fa una piccola incisione a T, all'estremità inferiore, allargandola poi con le pinze: non v'è bisogno di medicatura. Questi ascessi vanno tenuti in osservazione fino a guarigione completa.

Ascessi ischiorettali. — Nel tessuto adiposo lasso dello spazio ischiorettale, acquistano rapidamente un volume notevole; talvolta si aprono posteriormente nel retto, oppure nella fossa ischiorettale dell'altro lato, dando fistole ostinate.

L'incisione va fatta sotto anestesia generale (ossido nitroso-ossigeno) con forma a T; la prima branca parallela all'ano deve estendersi dall'una all'altra estremità; la seconda parte dal centro della prima; si lacerano poi col dito tutte le tasche che si trovano.

Ascessi pelvi-rettali. — Sono profondi ed han-

no origine nello spazio pelvi-rettale (fra l'*elevator ani* e la ripiegatura del peritoneo) da condizioni infiammatorie del meso-retto, legamenti larghi nella donna, prostata, vescichette seminali nell'uomo. La diagnosi si fonda sull'esplorazione digitale, che avverte anche nei primi stadii un distinto gonfiore nel retto; più tardi il pus invade lo spazio ischio-rettale, oppure il retro-rettale, oppure si apre nella fossa iliaca. Mediante un bistori retto, introdotto sulla guida del dito, si arriva nella cavità ascessuale; si allarga poi l'incisione parallelamente all'ano, dissecando poi fino a veder le fibre del *levator ani*, che si tagliano d'ambo i lati, in modo che la cavità rimanga aperta fino a guarigione, evitando così la fistola.

Ascessi retro-rettali. — Provengono da perforazioni del retto (spina di pesce, estremità di cannule). Si fa l'incisione posteriormente all'ano, tagliando anche qui le fibre del *levator ani*, lacerando le tasche e drenando poi con tubi, che si levano quando la ferita incomincia a granulare; nel caso vi siano comunicazioni con lo spazio pelvi-rettale, i tubi si introducono fino a questo.

Con una buona incisione, le medicature successive sono molto semplificate: la garza, che si introduce eventualmente nella cavità, deve essere in piccola quantità e cambiata frequentemente. Sono affatto inutili le irrigazioni.

Quando si inizia la granulazione, si deve prevenire ogni irregolarità soffregando leggermente la superficie della ferita mediante un po' di cotone attorcigliato all'estremità di una sonda; con ciò si rompono i piccoli ponti e si previene la formazione di fistola. L'A. si è giovato assai delle irrigazioni alte fatte con acqua bollita, il più calda posibile. In tutti gli ascessi profondi l'ammalato va tenuto in letto fino a guarigione quasi completa.

r. s.

Nel malessere post-prandiale degli ipotonici.

Bromuro di sodio secco }
Fosfato di sodio secco } ana gr. 3
Solfato di sodio secco }
Acqua distillata. gr 300.

Un cucchiaio subito dopo i pasti.

(Da Pron)

r. s.

Nelle fermentazioni gastriche da semplice atonia.

Eritrol cg. 5
Perossido di magnesio cg. 20
Quassina amorfa cg. 1
Solfato di potassio }
Nitrato di potassio } ana cg. 5
Polvere di noce vomica cg. 1

Per una cart., da prenderne una dopo i pasti.

(Da Pron)

r. s.

IGIENE.

Scuola e malattie infettive.

Il pericolo di trasmissione di malattie infettive nella scuola è legato anzitutto allo scolaro portatore, malato, convalescente, specie con forme abortive o fruste: tale pericolo, più che nell'aula, è nei luoghi di riunione, ricreazione, ecc., prima o dopo le lezioni o negli intervalli. Minimo invece si può esso ritenere per quanto riguarda l'ambiente materiale della scuola stessa (muri, banchi), quando questa sia ben illuminata, ventilata e pulita.

Giustamente quindi M. Ragazzi (*Igiene moderna*, 1920, pag. 164) richiama l'attenzione sulla irrazionalità di quanto dispone l'art. 143 del Regolamento generale sanitario, di procedere cioè alla disinfezione di ogni istituto di educazione almeno una volta l'anno. Non si devono confondere con la disinfezione la pulizia da tenersi costantemente e l'imbiancamento da farsi periodicamente; anche la prescrizione della disinfezione (art. 144) dopo uno o più casi di malattia infettiva va intesa col criterio del caso per caso, a seconda della natura della malattia e particolarmente della sollecitudine o meno con cui può venire eseguita.

Per la difesa della scuola dalle malattie infettive, devesi dunque pretendere la più diligente ed assidua pulizia dei locali e degli arredi (spazzatura quotidiana a umido dopo le lezioni, spolveratura dei banchi a umido). non concedere mai locali scolastici per riunioni pubbliche o scopi extrascolastici, dare ai maestri cognizioni precise sulle malattie infettive in modo che non si allarmino fuori luogo per pericoli immaginari e vigilino invece su quelli possibili.

I maestri dovranno rispettare rigorosamente le norme di allontanamento e riammissione di malati, conviventi e guariti, e dare alle scolaresche conveniente educazione e sane abitudini igieniche.

In ogni scuola si dovrà introdurre una seria vigilanza igienica, che sarà integrata dalla istituzione delle vigilatrici scolastiche. Anche l'elenco delle malattie denunciabili va modificato con l'aggiunta di altre, quali la pertosse, poliomielite acuta, varicella, rosolia. I medici esercenti dovranno poi sempre indicare nella denuncia — per quanto più si può sollecita — anche l'eventuale rapporto fra l'infermo ed i suoi conviventi con la scuola.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1359) *Sulla cura della tubercolosi incipiente.* — All'abb. n. 9148:

Per la tubercolosi incipiente, quando si presenta con i caratteri da Lei accennati (dimagramento, febbre serotina, tosse secca, ecc.) la più consigliabile climoterapia è quella montana (poco sopra i 1000 m.).

In montagna la rarefazione dell'ossigeno obbliga i malati a respirazioni più ampie e profonde e stimola anche la neoformazione degli eritrociti; l'intensità della luce priva di veli nebbiosi raggiunge d'altro canto il massimo della sua azione tonica ed eccitante; l'aria fresca aumenta l'appetito ed indurisce la pelle, e, priva come è di pulviscolo, contribuisce a mantenere nelle migliori condizioni di riposo gli organi respiratorî ed a calmare la tosse.

Questo insieme di condizioni, associato ad una cura igienico-dietetica appropriata e ad un ben sorvegliato esercizio di allenamento progressivo, è certamente il più adatto mezzo a mettere il tubercolotico sulla via della guarigione.

Il clima marino si differenzia dal clima montano anzitutto per l'umidità assai forte, per la pressione barometrica bassa e per la maggior frequenza e forza dei venti.

L'aria di mare contiene inoltre molto cloruro di sodio, iodio, ozono e silice suddivisi in particelle minutissime ed è ben noto il potere ionizzante e radioattivo di queste sostanze suddivise all'estremo, potere che ha come conseguenza l'accrescimento dei fenomeni di idrolisi ossido riduttrice e l'aumento dei fenomeni di disassimilazione organica.

Se quindi il clima marino può essere utile nella terapia di certe forme tubercolari essenzialmente torpide e sopratutto in quella delle forme chirurgiche localizzate, non è certamente il più adatto per un soggetto che dimagra, ha febbre serotina, ecc.

Per analoghe ragioni non sono neppure indicate, in questi casi incipienti ed evolutivi, le varie cure specifiche tubercoliniche che si adoperano invece per stimolare i processi fibro-caseosi torpidi ed apirettici.

Più indicato sarebbe se mai l'uso di qualcuno dei sieri antitossici e batteriolitici, per quello che se ne possa attendere.

Infine l'elioterapia è mezzo di cura sul quale vanno fatte grandi riserve quando trattasi di tubercolosi polmonare.

Molti esperti tisiologi sono anzi del parere che l'elioterapia, ottimo mezzo di cura delle tubercolosi chirurgiche ed esterne in genere, non si debba praticare nella tubercolosi polmonare specialmente quando vi sia accenno a qualche forma di attività.

A Leysin, quando un malato di petto vuol fare ad ogni costo dell'elioterapia, gli si permette di eseguirla sulle altre parti del corpo, per la sua azione generale tonica e ricostituente, ma non sul torace!

Per parere dei più quindi l'uso, sempre *molto vigilato e circospetto* dell'elioterapia, va riservato, nella tubercolosi polmonare, alle forme torpide, non importa se avanzate, o ad evoluzione arrestata, poichè nelle altre forme febbrili, in evoluzione od a tendenza congestiva o emottoica, può fare più male che bene.

G. MENDES.

(1360) *Sulla reazione di Wassermann.* — All'abb. n. 9525:

Il sangue per la reazione di Wassermann può essere inviato al laboratorio di una città vicina, e il risultato della reazione è perfettamente attendibile anche se il campione giunge in laboratorio *molte* ore dopo il prelevamento. Non potrei dare una norma generale per fissare quale sia l'intervallo più opportuno fra il prelevamento e l'esame, tanto le opinioni sono discordi: vi è chi ritiene attendibili i risultati delle W. R. fatte non più tardi del 2° giorno dopo che il sangue è stato raccolto: vi è per contro chi ha affermato, in base a centinaia di esami comparativi (Stern), che i migliori risultati si ottengono praticando le reazioni al 4° giorno dopo che il campione è stato prelevato. Comunque, avviene comunemente che in tutti i laboratorî si facciano W. R. indifferentemente dopo uno, due, tre, talvolta quattro giorni da che il sangue è stato preso. Ciò dimostri come sia infondata ogni preoccupazione nei riguardi di un ritardo nell'arrivo al laboratorio di un campione di sangue prelevato per la W. R. in un piccolo paese.

L. d. V.

(1361) *Impotenza funzionale.* — All'abbonato n. 10353:

Si danno casi di così detta impotenza funzionale (il più delle volte relativa alla persona del coniuge) a base psichica.

Come testo può consultare il Trattato di psicopatologia forense di De Sanctis e Ottolenghi e il Trattato di Medicina legale di Hofmann Ferrari, ambedue della Società editrice libraria di Milano, e il classico Kraft-Erhing (psicopatie sessuali).

Come cura, ben poco da fare, se non una educazione psichica, basata sull'esame completo della personalità antropo-psicologica dei malati.

A. A.

VARIA

Cortesie americane.

W. Ch. White pubblica in *Tubercle* (settembre 1920) alcune impressioni sul problema antitubercolare in Europa, che vediamo riferite in *Zeitschrift für Tuberkulose* (Vol. 34, fasc. I). Non abbiamo sotto mano l'originale e non possiamo quindi giudicare quanta parte spetti all'autore e quanta al traduttore nel mettere in rilievo certi particolari e nel sottolineare alcune sfumature, destinate a colpire maggiormente l'attenzione; comunque è bene che i lettori conoscano come siamo giudicati da persone che pur si mostrano bene intenzionate.

Gli americani, dunque, hanno trovato molto da ridire su questa incancrenita Europa, che hanno veduto in occasione della guerra; vi hanno trovato persino la tubercolosi! « Il soldato americano che sfuggiva alle palle tedesche *doveva* poi sottostare al bacillo tubercolare francese », ciò che equivale a dire che agli Stati Uniti non si contrae la tubercolosi, la quale invece in Francia starebbe continuamente in agguato. L'A. però dichiara di non condividere questa opinione dei suoi colleghi d'oltre oceano e riconosce quindi implicitamente che il soldato americano poteva infettarsi nel suo paese, come poteva pure sfuggire al bacillo europeo.

Ma le espressioni più delicate sono riserbate a noi: « Assai male andavano le cose in Italia, la quale aveva ufficialmente invocato soccorsi, nella babelica confusione consecutiva alla sua entrata in guerra. La Croce Rossa (quale?) aveva tentato secondo le sue forze di porvi rimedio, ma senza successo ». Non siamo in grado di controllare tali asserzioni: purtroppo dovevamo dipendere in gran parte dagli altri Stati dell'Intesa (si pensi solo al grano ed al carbone!) ed è per questo che maggiori sono stati i nostri sacrifici per la guerra. Ma per quanto riguarda il problema specifico della tubercolosi, è stata proprio l'Italia che per prima ha cooordinato in disposizioni organiche il problema antitubercolare nell'esercito (ciò che allora maggiormente premeva) adottando concetti molto larghi e mezzi adatti allo scopo. Gli americani hanno contribuito a dotare ospedali e sanatorii, e noi ne siamo loro riconoscenti. Ma non è questa una buona ragione per affermare che qui tutto andava a catafascio.

Continuiamo nella edificante lettura: « Il sudiciume, specialmente nelle piccole città e villaggi del Mezzogiorno, era indescrivibile e tale da rendere inconcepibile il soggiorno per un inglese o per un americano. L'ignoranza, la diffidenza, la povertà, la sporcizia delle popolazioni fornivano problemi insolubili ».

Ci vorrebbero, dice l'A., delle buone scuole ed il capitale inglese ed americano dovrebbe venire in aiuto. « L'Italia è sola per ora e tale rimarrà per lungo tempo e non dovrebbe respingere l'aiuto che le potrebbe venire dallo straniero per l'educazione del suo popolo ».

Ah si! accettare di buon grado l'atto fraterno di un aiuto, dato da uomo ad uomo, in nome della più alta solidarietà umana; ma meglio rimaner soli e morir di fame, che prendere un tozzo di pane, gettato in tal guisa, come a un cane rognoso!

A. FILIPPINI.

L'abitazione del contadino italiano secondo un igienista francese.

Nella *Hygiène Rurale* di Gustave Bruineau (vol. IV della *Enciclopedie d'Hygiène et de Médecine publique* diretta da J. Rochard, Parigi) leggiamo:

« L'abitazione rurale in Italia del contadino è miserevole....

« Nel territorio di Pavia il contadino e la sua famiglia abitano generalmente in un solo ambiente a pianterreno, che non ha altro pavimento se non la terra nuda e altro tetto che i tegoli attraverso i quali si vede il cielo; e ciò sotto un clima malsano, in mezzo a terreni paludosi ove per lo più il livello dell'acqua nella palude e nei fiumi circostanti è più elevato del suolo della dimora del contadino.

In questa miserevole dimora, stretta ed oscura, in cui sono sospesi tutti gli stracci sudici, in cui tutta la famiglia è ammucchiata, si conservano le provviste dell'anno, si fa la cucina. Entrando in una simile tana, ci si crederebbe trasportati in un paese lontano e selvaggio, tanto l'odore è fetido, tanto l'aspetto degli abitanti è triste e ripugnante. Ancora peggio è quando si penetra in quelle casupole isolate, i cui abitanti, pellagrosi o sudanti la febbre, giacciono su di un sudicio canile, sul suolo nudo e umido, in una camera oscura, la cui copertura a metà distrutta, le porte tarlate, le imposte putride delle finestre, non li garantiscono dalla pioggia nè dalla neve... ».

E così via.

Può esservi, pur troppo, del vero in questa descrizione; ma in alcuni punti l'esagerazione raggiunge il grottesco.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cassa di previdenza dei medici condotti.

Proposte di modifiche.

Torno sull'argomento delle pensioni per ribadire il concetto, ormai nella coscienza di tutti, che le attuali tabelle non rispondono alle condizioni del momento, le quali, pur troppo, non accennano a mutare.

Le pensioni da esse indicate sono addirittura irrisorie ed insufficienti a soddisfare i più impellenti bisogni di chi, dopo una dolorante e laboriosa carriera, cerca tranquillità e riposo nel seno della famiglia.

Basti ricordare che il limite massimo della pensione, che si può ora raggiungere, è rappresentato dalla somma di lire 3000 lorde, cioè da lire 250 mensili, che si riducono a poco più di 200, detraendone la R. M. e tutte le altre, non poche, ritenute. Come si può vivere con tale assegno?

Non v'è pensionato governativo o comunale che percepisca somma così esigua; tutti, dallo spazzino al grande impiegato, percepiscono somme più vantaggiose e, se non sempre pienamente adeguate alla propria condizione, tali almeno da assicurar loro una esistenza non travagliata dall'incubo della fame ed, in taluni strazianti casi, dallo spettro dell'abbandono e della terrificante miseria.

Ma poichè i medici condotti non sono impiegati governativi nè vanno in pensione a carico del Comune, che hanno servito, sono rimasti sospesi e non han goduto di nessuno di quei vantaggi che hanno ottenuto gli impiegati governativi ed i municipali collocati a riposo.

Ormai ogni altra remora appare asssolutamente ingiustificata. Si è atteso in silenzio quando lo Stato in altre maggiori contestazioni impigliato non avea agio di pensare alla sorte della classe, ma ora che le cose han preso il loro assetto normale, ora che le condizioni del bilancio sono di gran lunga migliorate, il tacere sarebbe un vero delitto.

È d'uopo che dalle parole si scenda ai fatti e presto.

E ci piace qui ricordare che la Commissione tecnica della Cassa di previdenza ha già completati gli studii per una modificazione alla legge vigente e che essa ha accolte quasi tutte le richieste dei sanitarii, le quali erano compatibili con la situazione finanziaria della Cassa. Le altre ha preso in benevola considerazione, esprimendo per esse dei voti di adesione affinchè il Governo le accolga. È d'uopo ora sperare che il Governo presenti alla Camera, nel più breve termine, il progetto di legge elaborato in base agli studii della Commissione tecnica.

E non dubitiamo che ciò avvenga nel più breve tempo possibile, giacchè il Governo è pienamente edotto della triste condizione in cui attualmente si trovano i medici, agli effetti della pensione, che è irrisoria e meschina.

Ma se il miglioramento si impone per i medici in attività di servizio, è doveroso pensare anche a coloro, che già liquidarono la loro pensione in base alla legge in vigore.

Per costoro il miglioramento deve essere disposto per più forte ragione in quanto che la pensione fu liquidata in base alle attuali tabelle che si fondano, alla lor volta, sul tasso d'interesse del 3.50 % ! In altri termini, se il capitale ricavato dai contributi si fosse impiegato al 3.50 % ne sarebbe derivata la possibilità di corrispondere ai sanitarî la pensione indicata. Ma poichè non è possibile che il capitale predetto sia stato impiegato al 3.50 %, ma, come è da credere, al 5 %, giustizia vuole che le tabelle vigenti siano opportunamente rivedute, stabilendo i premî in relazione al maggior gettito dato dall'interesse aumentato, e che sieno rivalsi almeno della differenza tutti coloro che già hanno liquidata la loro pensione.

E ciò è tanto più equo e doveroso in quanto la Cassa è fondata sul sistema della mutualità, e come vanno a beneficio della massa comune le quote di coloro che non liquidano pensione, così deve andare a beneficio di questa anche la differenza del saggio d'interesse di cui sopra è cenno.

Ci auguriamo che tale revisione avvenga e senza ritardo. Doctor JUSTITIA.

Cronaca del movimento professionale.

I medici alla Camera dei Depuati.

Diamo l'elenco, tratto da una pubblicazione ufficiale del Segretariato Generale della Camera, dei deputati medici dell'attuale legislatura:

Anile Antonino, gruppo popolare, Catanzaro.
Bergamo Guido, misto, Venezia.
Bianchi Vincenzo, democrazia sociale, Benevento.
Bussi Armando, socialista, Parma.
Capasso Pietro, socialista riformista, Salerno.
Capitanio Pietro, democrazia liberale, Bari.
Caporali Raffaele, democrazia sociale, Aquila.
Casalini Giulio, socialista, Torino.
Cazzamalli Ferdinando, socialista, Mantova.
Ciocchi Gaetano, democrazia liberale, Caserta.
Cirincione Giuseppe, agrario, Palermo.
Colajanni Napoleone, misto, Girgenti.

Faranda Giuseppe, democrazia sociale, Catania.
Gallani Dante, socialista, Padova.
Guaccero Alessandro, agrario, Bari.
Lofaro Filippo, democrazia sociale, Catanzaro.
Maffi Fabrizio, socialista, Novara.
Mattoli Agostino, democrazia liberale, Perugia.
Mazzarella Basilio, democrazia sociale, Caserta.
Morisani Teodoro, democrazia liberale, Caserta.
Paolucci Raffaele, nazionalista, Aquila e Napoli.
Pesante Giovanni, liberale democratico, Parenzo (Istria).
Pieraccini Gaetano, socialista, Firenze.
Pietravalle Michele, democrazia sociale, Benevento.
Tinozzi Domenico, democrazia liberale, Aquila.
Torre Edoardo, fascista, Alessandria.

Associazione Sanitaria Regionale dei Circondari di Frosinone e Velletri con Sezione dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti.

Il 22 giugno si riunì in seduta ordinaria il Consiglio Direttivo dell'Associazione sotto la presidenza del dott. Angelini e coll'intervento dei Consiglieri dott. Massimi, Galanti ed Asteriti, Giudici (Cass.), Costantini (rappr.to).

Intervenne anche il Presidente della Federazione Umbro-Laziale, dott. Buglioni.

Fu commemorato dal presidente Angelini il defunto socio dott. Realacci di Torrice. Il dott. Galanti riferì che, in seguito all'azione svolta dai dottori Angelini ed Asteriti, appositamente recatisi a Veroli in ottemperanza al deliberato dell'ultima assemblea dei soci, il Comune di Veroli aveva risoluta convenientemente la questione sanitaria rimandando la progettata riduzione d'organico all'epoca in cui uno dei sanitari attualmente in condotta avesse raggiunto il limite della pensione.

Circa il Comune di Roccasecca dei Volsci, ove da 12 anni manca quasi del tutto l'assistenza sanitaria, il Presidente annunzia che l'Autorità tutoria, da lui sollecitata, ha di già fatto a quell'Amministrazione l'invito di mettersi in regola; e poichè il dott. Giudici assicura che, malgrado le insistenze della Prefettura, il Comune in parola continua a essere riluttante, si dà incarico al Presidente Federale Buglioni di esplicare in proposito la più energica azione di classe.

Circa gli altri Comuni, che ancora non hanno approvato il Capitolato-tipo, e non hanno iniziato la Condotta residenziale, il Consiglio delibera la più assidua vigilanza, ed intanto dà incarico al Presidente Angelini ed ai dottori Buglioni e Galanti di recarsi in commissione al Municipio di Frosinone, dove ancora si perpetua un eterno interinato, per sollecitare la sistemazione definitiva del servizio sanitario.

Il Consiglio prende poi in attento esame un reclamo avanzato dalla levatrice di Anagni, signora Raini Elena, contro i provvedimenti disciplinari presi a suo carico da quell'Amministrazione; ma delibera di non potere e non dovere intervenire in proposito. Circa il reclamo presentato dal dott. Bulla contro il Comune di Supino, delibera d'inviare a questo il seguente ordine del giorno:

«Il C. D. dell'Ass. San. Reg. di Frosinone e «Velletri, Sezione dell'A. N. M. C., venuto a co«noscenza di quanto si è svolto recentemente (a«prile 1921) fra il Comune di Supino ed il suo «Sanitario dott. Anselmo Bulla; vista la delibe«razione presa in merito dall'Ordine dei Medici «della Prov. di Roma in data 18 giugno 1921; «associandosi alla detta deliberazione; *deplora* «l'operato del Municipio di Supino contro il con«socio dott. Bulla, al quale conferma la sua mag«giore stima, ed *esprime la fiducia* che il Comu«ne stesso, ritornando sulla deliberazione presa, «l'annulli prima che il Presidente del Consiglio «dell'Ordine si occupi della questione davanti al «Consiglio San. Prov.».

Venendo ad occuparsi dell'Amministrazione interna dell'Associazione, il Consiglio prende atto con soddisfazione che la Sezione è fra le poche in regola con la Cassa Centrale e delibera di fare un ultimo appello ai Colleghi non organizzati, ed un ultimo appello ai soci morosi.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8898) *Aspettativa - Effetti in riguardo alla pensione.* — Dott. R. P. da V. — Il periodo di tempo passato in aspettativa viene computato per intero tanto agli effetti del raggiungimento del diritto a pensione quanto agli effetti della liquidazione della pensione medesima. Durante il periodo dell'aspettativa il caro-viveri deve essere corrisposto per intero dall'Amministrazione municipale. Si avrebbe diritto a chiedere un'altra aspettativa di un anno, ma il Comune potrebbe sottoporla a visita collegiale e proporre la dispensa dal servizio per fisica inabilità, qualora questa riuscisse tale da non potersi prognosticare un suo prossimo definitivo ritorno in servizio.

(8900) *Spese di prima medicazione in casi di infortuni agricoli.* — Dott. C. F. da P. sull'O. — Le spese di prima medicazione sono, negli infortuni agricoli, a carico dello infortunato se non abbia diritto alla cura ed all'assistenza sanitaria gratuita. A carico del padrone cade la spesa per far trasportare l'infortunato al luogo dove possa ricevere le prime cure o per far venire il medico ove l'infermo si trova. La spesa pei certificati, compreso quello della denunzia, è a carico dell'Istituto assicuratore.

(8901) *Compenso per la tenuta dell'armadio farmaceutico.* — Dott. D. G. da A. — Oltre lo stipendio di L. 4500, che è comune a tutti gli altri medici della regione, Ella ha diritto al compenso, che prima percepiva, per la tenuta dell'armadio farmaceutico.

(8902) *Concorsi per la nomina dei medici condotti.* — Dott. abbonato 10787. — Malamente è stata interpretata la dicitura dell'art. 30 del testo unico delle leggi sanitarie e l'art. 35 del relativo regolamento, in quanto che entrambi univocamente dicono che la Commissione giudicatrice formola

la graduatoria dei concorrenti indicandoli per ordine di merito. Nè l'uno nè l'altro articolo dice che la nomina del medico condotto deve cadere sopra il più meritevole fra i concorrenti dichiarati idonei. Il Consiglio comunale poteva far cadere la nomina su qualunque dei concorrenti, giacchè i titoli di preferenza erano già stati vagliati e tenuti in conto dalla Commissione giudicatrice. Il ricorso fondato su questi due motivi non merita accoglimento.

(8903) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. S. da M. — Ha diritto ad un solo caro-viveri dai due Comuni presso cui presta servizio, ripartibile fra di essi in proporzione degli stipendî che ognuno corrisponde.

(8904) *Pensione - Anni di servizio valutabili.* — Dott. V. C. da T. — Gli anni di servizio prestati alla dipendenza dello Stato come medico di una Casa di pena sono computati non solo per il raggiungimento del diritto a pensione, ma per la liquidazione della pensione medesima.

(8906) *Pensioni di riversibilità.* — Dott. G. P. da A. — Alla vedova di cui è parola nel quesito compete la pensione di lire 450 annue. Per conseguire tale pensione occorre produrre la domanda, corredata dei seguenti documenti: 1° atto di nascita del defunto ed atto di morte; 2° l'originale laurea; 3° lo stato di servizio; 4° gli atti di nomina e di licenziamento; 5° un certificato del Sindaco attestante gli stipendî percepiti; 6° l'atto di matrimonio; 7° un certificato del Sindaco attestante che non fu mai pronunziata sentenza di separazione personale; 8° lo stato di famiglia; 9° un certificato per dimostrare che gli orfani sono minorenni e, se femmine, nubili; 10° un certificato di un medico civile in cui sia esplicitamente dichiarato che la malattia del sanitario sia unicamente da attribuirsi alla carica di medico condotto.

(8907) *Obbligo della residenza.* — Dott. G. V. da D. M. — Certamente non si potrebbe prendere residenza in altro Comune perchè l'obbligo della condotta è residenziale, cioè tale da essere contemperato dalla necessità di risiedere in loco. Potrebbe essere consentito solo in casi eccezionali, quando, cioè, nel paese non esistesse abitazione ed il Sindaco acconsentisse. In altri termini, sempre che circostanze eccezionali non consentano dimorare altrove, si deve stare nell'ambito della circoscrizione territoriale del Comune.

(8908) *Tassa di R. M. e focatico.* — Dott. U. F. da M. — Per le tasse che deve corrispondere il medico condotto vedi: VIGO: *La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale,* a pag. 99, ove è ampiamente trattato l'argomento.

(8909) *Indennità caro-viveri - Concorsi.* — Dott. C. L. da B. O. — Per la indennità caro-viveri a coloro che fruiscono di stipendio di L. 12,000, vedi: VIGO: *La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale,* a pag. 105, ove è trattato l'argomento. In quanto alla esibizione del certificato universitario di laurea in luogo della laurea originale o di copia notarile di essa, riscontri lo stesso libro a pag. 66, ove si parla distesamente dell'argomento.

(8910) *Cadaveri per autopsie.* — Dott. A. F. da I. — I cadaveri delle persone morte nell'ospedale, qualora non sieno richiesti dalle scuole mediche a scopo di indagini, possono essere consegnati a Lei, anche senza il consenso della famiglia, per ricerche scientifiche, purchè ne faccia richiesta all'ufficio dello Stato Civile.

(8911) *Inscrizione all'Albo dei sanitarii.* — Dottor G. N. da A. — Non potremmo consigliarla di inscriversi *ex novo* all'ordine perchè occorrerebbe pagare di bel nuovo la tassa di inscrizione, recentemente aumentata a lire 100. Meglio fare il passaggio dall'ordine di Rovigo a codesto, facendosi rilasciare dal primo un certificato attestante che fu esentata dal pagamento degli anni passati sotto le armi. Qualora fosse in arretrato coi pagamenti potrebbe mettersi al corrente e poi chiedere il certificato che Le necesssita per la nuova inscrizione.

(8912) *Conferma a vita del medico condotto.* — Dott. L. B. da B. A. — Se la sua nomina è avvenuta per concorso, dopo esaurita la prova biennale, il Comune non può più mandarla via se non per giustificati motivi da comunicarsi per le prescritte controdeduzioni. Tre mesi prima che il biennio si compia, può essere licenziata senza addurre motivo di sorta o adducendo motivi generici, ma non mai espressamente per quello da Lei indicato, giacchè si può avere opinione politica diversa dai componenti l'Amministrazione e compiere bene il proprio dovere di medico condotto. Impugni il deliberato presso la G. P. A.

(8913) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. P. da C. L. — La seconda indennità caro-viveri, salvo che per il coniuge, per tutti gli altri componenti della famiglia è subordinata alla condizione del *carico,* della *convivenza* o della *inabilità al lavoro.* Essa si estende a tutti i membri della famiglia, senza limitazione di numero, compreso il coniuge.

(8914) *Stabilità - Periodo interinale.* — Dott. A. G. da A. — Il periodo di servizio interinale si computa in quello di prova agli effetti della stabilità. Il termine di due anni segnato nella deliberazione di nomina è il termine regolamentare previsto dalla legge sanitaria. Nel caso, esso è assorbito dal servizio precedentemente espletato. La sua nomina non può subire conseguenze dall'esito del giudizio vertente coll'altro sanitario: spetta al Comune, se sarà soccombente, di regolare la posizione del vincitore, in base alla relativa sentenza e tenuto conto che il posto è già stabilmente occupato.

(8916) *Medico condotto supplente - Stabilità.* — Dott. F. B. da S. G. I. — Non ha acquistata la stabilità perchè la sua nomina a titolare avvenne senza concorso. Veda Vigo: «La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale», a pag. 75, ove è svolto questo argomento.

(8917) *Pensionati comunali - Caro-viveri.* — Dottor N. S. da D. — Le vedove dei medici condotti

non hanno diritto, oltre alla pensione, anche alla indennità caro-viveri.

(8918) *Sessennii - Aumento di stipendio.* — Dottor S. D'A. da I. — Il nuovo aumento di stipendio avuto nel 1° gennaio 1920 ha assorbito il sessennio precedentemente conseguito. Da quella data è cominciato a decorrere il quadriennio previsto dal capitolato, il quale quadriennio si liquiderà sullo stipendio accresciuto come è tassativamente stabilito dal D. L. del 10 febbraio 1918, n. 107, e 19 giugno 1919, n. 973. Per la seconda indennità caro-viveri il supplemento di cent. 85 al giorno compete a tutti i figli minorenni ed a carico, oltre il coniuge. Per ottenere che l'abolizione della condotta piena diventi un fatto concreto deve inviare diffida legale al Comune con cui dichiari di voler esigere compenso dagli abbienti a decorrere da una data che fisserà.

(8919) *Certificato di penalità.* — Dott. G. D. P. da V. — L'art. 27 del Regolamento generale sanitario prescrive che il certificato di penalità deve essere di data non anteriore a sei mesi avanti l'apertura del concorso. La data del certificato di buona condotta, di quello di sana costituzione e di cittadinanza è fissata di volta in volta dalle singole amministrazioni municipali, non avendo la legge dato all'uopo speciali disposizioni.

(8920) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. M. da F. — I medici ospitalieri non hanno diritto a caro-viveri, perchè nessuna legge ha imposto il relativo onere a carico delle amministrazioni di pubblica beneficenza.

(8921) *Vaccinazioni - Rifiuto di essere vaccinato.* — Dott. G. T. da R. — Il medico non può obbligare il privato a farsi vaccinare *se nolente.* Nel Regolamento d'igiene saranno incluse apposite norme che il Comune deve far rispettare. La stabilità non è concessa dal Comune, ma si acquista *ipso jure.* Le ragioni politiche non entrano nello acquisto della stabilità, nè sono valide per giustificare un licenziamento.

(8923) *Ricchezza mobile - Contributo Cassa pensione.* — Dott. G. R. da P. di M. — Il medico interino deve pagare la ricchezza mobile sullo stipendio, ma non il contributo per la Cassa pensioni.

Doctor JUSTITIA.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

33. Provincia di *Catania*: Dottori Privitera Salvatore, Catania, L. 500 — La Rosa Gesualdo, Caltagirone, L. 500 — Ministate Pietro, Bronte, L. 400 — Privitera Gaetano, Catenanuova, L. 400 — Crinni Ignazio, Leonforte, L. 400 — Angelico Giacomo, Grammichele, L. 250 — Spina Mariano, Mascali, L. 200 — Baldanza Giovanni Battista, Militello, L. 200 — Buscemi Emanuele, San Giovanni la Punta, L. 200 — Valenti Carmelo, Gerami, L. 200 — Passanisi Giovanni, Vizzini, L. 200 — Fichera Rosa Pasquale, Nissoria, L. 150.

34. Provincia di *Treviso*: Dottori Betetto Gino, Castelfranco, L. 1.000 — Ricciuti Giovanni, Castelfranco, L. 500 — Passarelli Ferruccio, Valdobbiadene, L. 500 — Cappellato Petronillo, Motta di Livenza, L. 500 — Cossu, Vedelago, L. 250 — Basso Pietro, Asolo, L. 250 — Mantovani Jacopo, Crespana, L. 250 — Marcer Ruggero, San Vendemiano, L. 250 — Longò Carlo, Oderzo, L. 250 — Morelli Giovanni, Fontanelle, L. 250 — Zanetti Leone, Resana, L. 200 — Placeo Carlo, Volpago, L. 200 — Fabris Pietro, Conegliano, L. 200 — Cavarzerani Francesco, Mareno di Piave, L. 200 — Squerci Virgilio, Gorgo al Monticano, L. 200 — Agostini Francesco, Maserada, L. 150 — Reiclin Carlo, Mogliano, L. 150 — Stoppato Cesare, Mogliano, L. 150 — Fanti Alberto, Monastier, L. 150 — Bottani Antonio, San Biagio di Callalta, L. 150 — Cipriani Luigi, Villorba, L. 150 — Moschini Cesare, Pederobba, L. 150 — Carrara Leonida, Trevignano, L. 150 — Andrich Pietro, Mansuè, L. 150 — Gallo Nicola, Ponte di Piave, L. 150 — Gallo Nicola, Salgareda, L. 150 — De Poi Francesco, Fregona, L. 150 — Mazzoleni Giuseppe, Zero Branco, L. 100 — Dalla Favera Giovanni, Cavaso, L. 100 — Nervo Lorenzo, Fonte, L. 100 — Marini Giovanni, Maser, L. 100 — Stafani Lorenzo, Zenone, L. 100 — Belloni Francesco, Caerano di S. M., L. 100 — Corradini Giovanni, Refrontolo, L. 100 — Signori Matteo, Susegana, L. 100 — Cecconi Ugo, Farra di Soligo, L. 100 — Schenardi Fausto, Colle Umberto, L. 100.

35. Provincia di *Bologna*: Dottori Ungarelli cav. Gaetano, Minerbio, L. 400 — Ungarelli cav. Francesco, Persiceto, L. 400 — Verardini Vincenzo, Zola Predosa, L. 400 — Zanotti Mario, Praduro Sasso, L. 300 — Bergamini Giovanni, San Pietro in C., L. 300 — Sabattani Paolo, Tessignano, L. 300 — Berti Ceroni Giulio, Casal Fiumanese, L. 300 — Pasini Giovanni, Baricella, L. 250 — Bolognesi Carlo, Bentivoglio, L. 250 — Rossi Alfredo, Budrio, L. 250 — Taruffi Pietro, Galliera, L. 250 — Bazzocchi Angelo, Sant'Agata Bolognese, L. 200 — Simoncini Umberto, Sant'Agata Bolognese, L. 200 — Zerbini Apollinare, Galliera, L. 200 — Poli Vito, Monghidoro, L. 200 — Fabbri Claudio, Castel d'Argile, L. 150 — Bianchi cav. uff. Gino, Castel San Pietro, L. 150 — Gagliardi Domenico, Molinella, L. 150 — Rubini Olderico, San Giorgio di P., L. 150.

CONCORSI.

ALANNO (*Teramo*). — L. 3500 per 500 poveri e L. 250 ovvero L. 500 ogni 100 poveri in più secondochè la popolaz. sia agglomerata o sparsa; sei sessenni decimo; L. 1500 mezzo trasp.; L. 500 se uff. san. Scad. 31 luglio.

BASSANO (*Vicenza*). — Terzo rep.; indennità residenza L. 5000, fino a 1000 pov. L. 1000, ogni cento pov. in più o fraz. L. 200, due c.-v., L. 1800 m. trasp.; 10 trienni decimo. Scad. 31 luglio.

BRENDOLA (*Vicenza*). — Indennità residenza lire 8500; fino a 1000 poveri L. 1000 e ogni centinaio in più L. 200; per uff. san. L. 500; trasp. L. 3600; c.-v.; casa e orto con vigneto gratuitam. Un anno di prova con condotta unica; qualora venissero ripristinati i due reparti, l'eletto resterà titolare del I reparto con il corrispettivo assegnato dal capitolato-tipo. Ab. 4880 di cui 1100 poveri. Scad. 40 giorni dal 25 giugno.

CAGLIARI. *Ospedale Civile*. — Chirurgo primario; rivolgersi alla Segreteria. Scad. 31 luglio.

CASTELBOGLIONE (*Alessandria*). — L. 4000 oltre L. 500 uff. san., L. 500 trasp.; quinquenni. Età lim. 45. Assunz. prima quindicina sett. Scad. 31 luglio.

CASTROCIELO (*Caserta*). — 3000 abitanti; residenziale, L. 6000; cavalcatura L. 800; uff. san. L. 400. Scadenza 31 luglio.

FARA D'ADDA (*Bergamo*). — L. 6500 primi 1000 pov.; L. 250 ogni 100 in più fino a 2000, poi L. 300; quattro quinq. dec.; c.-v.; L. 1000 trasp.; L. 500 uff. san. Scad. 31 luglio.

JESI (*Ancona*). — Proroga al 20 luglio seconda condotta urbana residenziale, L. 12.000, ventesimi biennali, fino a raggiungere L. 16.000, oltre temporanee indennità c.-v. (Città di 25.000 abitanti, distante circa 20 km. dal mare; condotta di 4000 abitanti, di cui 3500 a cura gratuita. Aria salubre. Acqua potabile ottima e abbondante. Stazione ferroviaria. Scuole secondarie di tutti i gradi).

LATISANA (*Udine*). — II reparto; L. 6000, due c.-v.; L. 4000 trasp.; L. 800 indennità malaria; L. 600 per alloggio. Scad. 5 agosto.

MIGLIERINA (*Arezzo*). — Poveri, L. 4000 e 5 quadrienni del decimo, addizionale L. 10 per ogni famiglia in più delle 300; uff. san. L. 500. Scad. 20 agosto.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Quattro medici primari e due chirurghi primari; L. 7000 e condizioni dell'organico e dei regolamenti; età massima 46. Documenti al Protocollo del Consiglio, via Ospedale 5, entro il 6 e il 16 agosto rispettivamente.

MONTAIONE (*Firenze*). — Per S. Vitale; L. 6000 e 8 trienni dec., due c.-v., L. 4000 trasp. Scad. 31 luglio.

PONTEBBA (*Udine*). — L. 6000 fino a 1000 poveri; addizionale L. 1.50; due c.-v.; trasporto L. 1000; tre quinquenni di L. 700. Scad. 31 luglio.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — Capoluogo; cura residenziale, L. 7000 e due c.-v. Scad. 31 luglio.

ROMA. — Concorso a 13 posti di medico-chirurgo condotto del Comune pel Suburbio ed Agro Romano; L. 7000 lorde con 5 quadrienni di L. 1000 ed uno di L. 500; alloggio gratuito. Scad. 28 luglio.

SUTRI (*Roma*). — L. 7000 per 1000 pov.; addizionale L. 1.50, c.-v., 5 quadrienni decimo, L. 300 per uff. san. Scad. 25 luglio.

Cercasi medico-chirurgo con pratica ospedaliera, provetto radiologo. Stipendio lire 800 aumentabili e alloggio gratuito. Per schiarimenti rivolgersi al dott. P. Timpano, Associazione per il Mezzogiorno, Reggio Calabria.

Accetterei interinato preferibilmente in provincia di Roma. Scrivere al dott. De Risi, Via Ombrone, 55, Roma.

Medico-chirurgo trentasettenne, dieci anni pratica condotta, cerca interinato probabilità nomina stabile paese collina salubre provincia di Roma o paese di mare. Scrivere: fermo Posta, Roma. Tessera tram N. 10125.

Giovane medico con buona laurea assumerebbe interinato, supplenza in condotta nei mesi estivi dalla seconda metà o fine di luglio a tutto ottobre. Dottor Mortari, Via Bertani, 5, Genova.

Medico-Chirurgo, dieci anni laurea, sei anni assistentato Clinica chirurgica, assumerebbe per i mesi di settembre e ottobre interinato in piccolo ospedale o in condotta chirurgica, preferibilmente Italia Centrale. Rivolgersi: Nunzio Pezzani, Viale XX Settembre, 37, Massa (Massa e Carrara).

Medico-chirurgo provetto, 25 anni di pratica ospedaliera e di condotta, capitano medico Croce Rossa, disposto accettare subito lungo interinato in condotta piana di buon'aria possibilmente litoranea, o interinato in Ospedale o Sanatorio tubercolosi, o in Stazione balneare climatica, ecc., con buono onorario; Italia Centrale dalla Toscana in giù e Italia Meridionale. Offerte dettagliate: Dott. Ugo Serri, f. p., in Furci Siculo, Frazione di Santa Teresa di Riva (Messina).

Medico-chirurgo giovane, buoni titoli, perfezionato in igiene e otorinolaringoiatria, cerca buon interinato nei mesi di agosto, settembre, ottobre, novembre. Dirigere offerte: Dott. T. O. M., Farmacia dell'Aquila, via Castelfidardo 54, Roma (21).

AVVERTENZA. — Si vedano anche gli annunzi pubblicati nei fascicoli precedenti.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatore: dott. Domenico Piacenza, da Farigliano, residente a Torino.

Cavalieri: dott. Augusto Fiorentini, assistente negli Ospedali di Roma; dott. Aniello Miele da Cicciano (Caserta).

***

Il dott. Salerno Alfredo, da Palermo, ora maggiore medico della C. R., già decorato della Croce di Guerra, ha avuto conferito recentemente, dal Presidente della Croce Rossa, la medaglia d'argento al merito con la palma per benemerenze acquistatesi durante il di lui servizio in zona di guerra.

MEDICINA SOCIALE.

I centri sanitari negli Stati Uniti.

Negli Stati Uniti sorgono sempre più numerosi i Centri sanitari, istituti nei quali collaborano internisti, chirurghi, specialisti, tecnici di laboratorio, igienisti, ecc., prestando un'opera coordinata, per modo che i pazienti vengono assoggettati ad esami diagnostici ed a trattamenti curativi e profilattici completi.

A rigore il primo istituto del genere sorse una decina d'anni or sono a Pittsburg, per opera del dott. W. C. White; quasi contemporaneamente il dott. W. C. Philips ne costituiva uno per bambini, a Milwaukee. Il loro numero crebbe dapprima lentamente, poi sempre più rapidamente. Alla fine del 1919 si contavano 72 Centri sanitari; alla fine del 1920 erano divenuti 385, compresi alcuni prevalentemente profilattici della Croce Rossa Americana.

Ve ne sono di almeno una decina di tipi; tra i più recenti se ne distinguono di quelli grandiosi, che a torto si vantano di costituire i «primi» centri sanitari degli Stati Uniti.

Quasi tutti sorgono in città o in cittadine (di non meno di 10,000-25,000 abitanti).

I centri sanitari sollevano molte opposizioni nella classe medica degli Stati Uniti, perchè spesso non osservano le norme della collegialità: quando un medico vi ha indirizzato un paziente, può considerarlo perduto; altre volte il medico non riesce più ad ottenere le informazioni richieste, per le quali si era deciso ad inviare il paziente all'istituto. Nei centri che conseguono i maggiori successi, il corpo sanitario è retto da una disciplina severa, pochissimo consentanea all'indole della generalità dei medici, i quali perciò sono alieni dal generalizzare questa forma di prestazione d'opera; i centri in cui la disciplina interna è debole, si disorganizzano e si sfasciano con molta facilità, a meno di non essere costituiti da pochissimi medici, legati tra loro da saldi vincoli personali. I centri che meglio riescono ad affermarsi vantano un corpo sanitario costituito da competenze di valore non dubbio; perciò molti medici non saprebbero trovare posto in tali istituzioni.

Tutto ciò concorre a creare nella classe medica uno stato di disagio, reso più sentito dal rapido favore del pubblico verso i Centri sanitari.

***

In seguito alle richieste avanzate da taluni piccoli Comuni agli Stati dell'Unione, per essere sovvenzionati nell'istituzione di Centri sanitari, i senatori Le Sage e MacHold presentarono un disegno di legge che assicurava il contributo dello Stato, delle Contee e dei Comuni ai Centri sanitari rurali. Il disegno di legge è caduto; ma sono annunziati nuovi tentativi per raggiungere l'intento.

Il progetto incontrò molte e decise ostilità nella classe medica, la quale temeva di poter subire limitazioni di libertà e controlli vessatorii da parte delle autorità sanitarie centrali. Il «Comitato sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie e gl'infortuni delle Società Mediche della Contea di New York» ha testè condotto un'inchiesta sulla convenienza di istituire i Centri sanitari rurali nello Stato di New York; da essa risulta che il servizio medico nelle campagne non è oggi per nulla inferiore a quello delle città (grazie sovratutto all'uso crescente delle automobili, che consentono i rapidi trasporti dei medici e dei malati); perciò nelle comunità rurali non sarebbe sentito affatto il bisogno di tali nuove istituzioni; d'altronde molti ospedali pubblici e case di salute adempiono già in buona parte le funzioni che ora si vorrebbero coprire sotto la suggestiva e fiammante etichetta di Centri sanitari.

(*New York State Journal of Medicine*, mag. 1921; *Americ. Journal of public Health*, mar. 1921).

L. V.

NOTIZIE DIVERSE.

I minorati di guerra a Congresso.

Il 3 luglio venne inaugurato solennemente, nel «foyer» del teatro Argentina, il II Congresso nazionale dei tubercolotici di guerra.

Moltissimi gl'intervenuti, tra cui spiccate personalità della scienza; numerosissime le adesioni.

Pronunziarono efficaci discorsi il presidente della Sezione di Roma dell'«Associazione dei tubercolotici di guerra» De Dominicis, il prof. Marchetti a nome del Comitato centrale dell'Associazione, il segretario generale avv. Romano e il prof. Ettore Levi quale rappresentante l'Opera nazionale per gli invalidi di guerra.

Seguirono i lavori, di cui daremo prossimamente un breve resoconto.

***

Il 4 luglio, nella sala Capitolina degli Orazi e Curiazi, ebbe luogo la seduta inaugurale del Congresso dei ciechi di guerra, presenti il Re, il ministro della guerra on. Gasparotto, numerosi rappresentanti della Camera, del Senato, alte personalità dell'Amministrazione, della diplomazia e della scienza. Il comm. Bandini portò il saluto di Roma, l'avv. Romano e il prof. Levi l'adesione dei mutilati, l'on. Gasparotto l'adesione del Governo, l'avv. Madia tenne il discorso inaugurale.

Congresso internazionale sulla tubercolosi.

Dal 26 al 28 luglio si adunerà a Londra il Congresso dell'Unione internazionale per lo studio della tubercolosi, sotto la presidenza di sir Robert Philip, professore all'Università di Edimburgo e direttore del celebre ambulatorio antitubercolare di questa città.

Sono all'ordine del giorno: il compito dei medici nella profilassi della tubercolosi; la tubercolosi nelle varie razze umane.

Congresso internazionale di urologia.

Si è chiuso a Parigi il Congresso internazionale di urologia, con la decisione che la sede del prossimo Congresso sarà Roma e che a presidente di tale Congresso sarà chiamato il prof. Roberto Alessandri.

Agitazione per la libera docenza.

Gli assistenti universitari sono in agitazione per la nuova disposizione ministeriale circa la libera docenza. Con decreto luogotenenziale 25 maggio 1918 era stato sospeso fino a sei mesi dopo la pace il conferimento della libera docenza. I sei mesi sono scaduti il 30 aprile 1921 e da allora sono affluite a Roma numerose domande di libera docenza per il fatto che molti distratti dalla guerra non avevano avuto tempo di preparare i lavori scientifici tali da permettere il conseguimento della libera docenza per titoli. Il Ministero della P. I. ha sospeso il corso delle domande di libera docenza per esame. L'agitazione attuale che si svolge presso le Università del Regno tende appunto ad ottenere che siano mantenute le vecchie istituzioni di legge almeno per coloro i quali prima del decreto 5 maggio 1918 si trovavano in condizioni da chiedere la libera docenza e non poterono farlo a causa del servizio militare.

Onoranze al prof. Stefani.

L'Università di Padova ha reso solenni onoranze al prof. Aristide Stefani, ordinario di fisiologia, che, dopo quasi cinquant'anni di insegnamento, sta per lasciare la cattedra tenuta con tanto amore, e dalla quale tanta luce d'intelletto seppe irradiare.

La folla dei discepoli, dei colleghi, degli ammiratori e degli amici colà convenuti, fece segno di riverente omaggio l'Uomo illustre che, con perenne freschezza di entusiasmi, ha consacrato la vita intera alla ricerca illuminata ed appassionata del vero.

I suoi lavori sulla fisiologia del cuore e dei vasi, quelli sui nervi regolatori del ricambio, la dottrina sulla fisiologia del cervelletto, che insieme a quella del Luciani ha segnato un indirizzo orientatore nel campo delle funzioni cerebellari, le ricerche sulla fisiologia dell'encefalo e del midollo spinale, lasceranno un'orma durevole nella scienza.

Istituto d'Idrologia e Climatologia in Francia.

Il 1° luglio venne inaugurato al «Collège de France» di Parigi un Istituto di Idrologia e Climatologia, dotato di laboratorii, di aule, di un museo e di una biblioteca; vi si tengono conferenze d'idrologia per medici pratici e corsi di lezioni destinati a preparare i medici specialisti per le stazioni idriche, termali e climatiche.

La guerra aveva interrotto la formazione dell'Istituto.

Sulla lotta contro la malaria.

Il prof. Massimo Sella, direttore della campagna antimalarica organizzata nella Spagna dalla Lega Internazionale delle Croci Rosse, tenne il 24 giugno, all'Ateneo di Madrid, un'interessante conferenza della quale troviamo notizia nei giornali spagnuoli.

L'oratore venne presentato dal prof. Pittaluga, il quale rese un caldo omaggio al maestro di entrambi prof. B. Grassi, che onora la scienza mondiale.

Il Sella dimostrò la gravità del problema per la Spagna, dove la malaria uccide in media 11 abitanti su 100,000 all'anno, ed in alcune provincie perfino 107, mentre la morbosità permanente può calcolarsi di 300-400,000 casi. Illustrò il principio che a debellare l'endemia debbano farsi concorrere tutte le risorse di cui si dispone e sostenne la utilità di una legislazione antimalarica: l'Italia ebbe il merito di fornirne il primo esempio, ma l'O. sostenne la superiorità delle legislazioni americane, che tendono a vincere l'anofelismo, mentre in Italia si dà il massimo peso al trattamento profilattico e curativo individuale, per mezzo del chinino. Fece valere, poi, l'importanza della propaganda, nelle scuole e tra il popolo; la convenienza di costituire un corpo tecnico subalterno, sull'esempio dato dalla Direzione Italiana di Sanità; l'efficacia delle campagne dimostrative sperimentali.

Si occupò, infine, del problema della chinina, il cui prezzo è stato reso proibitivo dal *trust* costituitosi a Giava: la difficoltà in parte potrà essere superata dall'uso di altri alcaloidi della china, come la cinconina e la chinidina, attivissimi contro la terzana; ovvero dall'uso degli alcaloidi globali; il problema viene intanto affrontato anche dai chimici, che riusciranno certo a trasformare in chinina gli altri alcaloidi della china od a produrre la chinina sintetica.

L'America nella storia della medicina.

Il prof. Piero Giacosa, dell'Università di Torino, ha tenuto nei locali dell'Associazione italo-britannica in Roma (al Palazzo Salvini, Corso Umberto I, n. 271) un'interessante conferenza su questo tema. L'oratore ha rilevato come il territorio e gli abitatori primitivi dell'America abbiano dato all'Europa alimenti, animali, rimedi e malattie — il granturco, la patata, il tacchino, la coca, la china, il tabacco, la sifilide — che hanno modificato profondamente l'europeo e le sue condizioni di vita e che hanno contribuito ad imprimere alla società moderna le sue caratteristiche.

La conferenza è stata intramezzata da aneddoti e da argute parentesi, densa di profonde osservazioni e di brillanti considerazioni.

Nello scelto pubblico era largamente rappresentata la colonia americana di Roma.

Legati munifici.

Il conte Severino Navarra di Ferrara ha legato dodici milioni per fondare nel Ferrarese una Università agraria ed altre cospicue somme ad Istituti di beneficenza.

Congresso francese della mutualità.

Si è tenuto ad Angers un Congresso francese delle Società di Mutua Assistenza.

Il Comitato di organizzazione vi aveva invitato i medici; ma, a quanto riferisce *Le Concours Médical,* questi ebbero il soddisfacimento di sentirsi trattati da... ladri, sfruttatori e privi di coscienza, unicamente perchè non intendono più di prestare la loro opera semi-gratuitamente.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Bullettino delle Scienze Mediche, gennaio-aprile. — Z. ROMITI. Dilatazione acuta dello stomaco e ileo artero-mesenterico. — N. SAMAJA, G. G. PALMIERI. Sul respiro paradosso.

Giornale di Medicina Ferroviario, giugno. — P. MINO. Il trauma sulla genesi dell'anemia perniciosa.

Bulletin de l'Académie de Médecine, 24 maggio. — C. REGAUD. I pericoli del radium.

La Riforma Medica, 4 giugno. — F. PENTIMALLI. Sull'intossicazione proteica.

La Presse Médicale, 18 giugno. — E. RIST. Esperienza di statistica nosologica. — H. COSTANTINI. Nuova esplorazione del cuore.

Wiener Klinische Wochenschrift, 9 giugno. — G. UNNA. La psoriasi. — O. MARBURG. I processi dell'ipertensione endocranica.

Medizinische Klinik, 12 giugno. — P. UHLENHUTH. Le basi sperimentali della terapia specifica antitubercolare.

Revista de Higiene y de Tuberculosis, 31 maggio. — L. URRUTIA. Tubercolosi ipertrofica del cieco.

The Boston Medical and Surgical Journal, 9 giugno. — H. EMERSON. La prevenzione delle cardiopatie.

Revista Española de Medicina y Cirugia, maggio. — V. CARULLA RIERA. L'anestesia simpatica in chirurgia gastrica.

American Medicine, maggio. — H. LILIENTHAL. Frattura del femore trattata con tutore intramidollare. — I. L. NASCHER. Il climaterio maschile. — J. G. JISR. Ematuria epidemica.

Paris Médical, 4 giugno. — Numero sulle malattie infettive (polmonite, encefalite letargica, tossi-infezioni da bacillo di Morgan, ecc.).

Berliner Klinische Wochenschrift, 20 giugno. — H. STRAUSS. Feci grasse come sintomo di fistola gastro-colica. — K. HELLMUTH. Bilirubinemia in gravidanza.

La Riforma Medica, 25 giugno. — D. TADDEI. L'incappucciamento dei monconi di sezione dell'omento. — E. PESCI. Le emoglobinurie anafilattiche.

La Radiologia Medica, maggio. — R. BALLI e A. FORNERO. Correlazioni funzionali interghiandolari del tessuto ormonico dell'utero, sottoposto all'azione dei raggi X.

Annales de Médecine, maggio. — E. RIST. Sulla fisiologia patologica della febbre. — H. SLOBOZIANO. Il pancreas nella malattia di Hodgkin e nel diabete zuccherino dei vecchi. — P.-L. VIOLLE. Sull'esplorazione della funzione renale.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 24 giugno. — TREUPEL e R. STOFFEL. Influenza cronica. — G. SCHWARTZ. Modificazioni della sensibilità alla radioterapia. — A. STÜHMER. Sulla cosidetta Spirochaetosis arthritica (Reiter). — G. KOLF. Occultismo.

Bulletin de l'Académie de Médecine, 14 giugno. — F. BEZANÇON e A. BIROS. Le infezioni secondarie e associate dei tubercolotici.

La Presse Médicale, 22 giugno. — A. MARTINET. Opoterapia cardiaca. — A. PISSAVY e J. SAIDMAN. Le iniezioni radio-opache in anatomia patologica.

Zentralblatt für Chirurgie, 15 giugno. — C. STEINTHAL. Estirpazione di capsula surrenale nel trattamento dell'epilessia genuina.

Revue de Médecine, 4. — E. COTTIN e C. SALOZ. Le manifestazioni meningee d'origine eberthiana.

Rivista critica di Clinica Medica, 25 giugno. — A. FURNO. Le sindromi del corpo striato postume all'encefalite epidemica.

Medical Record, 11 giugno. — H. R. HARROWER. Metabolimetria nell'ipertiroidismo. — E. H. EDWARD. Problemi medico-economici.

The Journal of the American Medical Association, 11 giugno. — J. R. GERSTLEY. La nuova êra pediatrica. — W. H. HOLMES. Aumento della viscosità sanguigna e attacchi emiplegici fugaci. — C. G. BEALL. Il metabolismo basale nei casi limiti.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed resp.*

ANNO XXVIII Roma, 25 Luglio 1921 Fasc. 30

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Patologia Medica
della R. Università di Roma.
Direttore prof. A. Zeri.

Antiemolisine ed emolisine nelle urine

per Luigi Condorelli, allievo interno.

Credo opportuno di far seguire alla prima nota, pubblicata l'anno scorso su questo argomento (1), una 2ª nota, che contenga notizie più esatte e più vaste intorno alla natura ed al meccanismo di azione delle emolisine ed antiemolisine urinarie.

(1) L. Condorelli. *Antiemolisine ed emolisine urinarie*, Policlinico, Sezione Pratica, 1920.

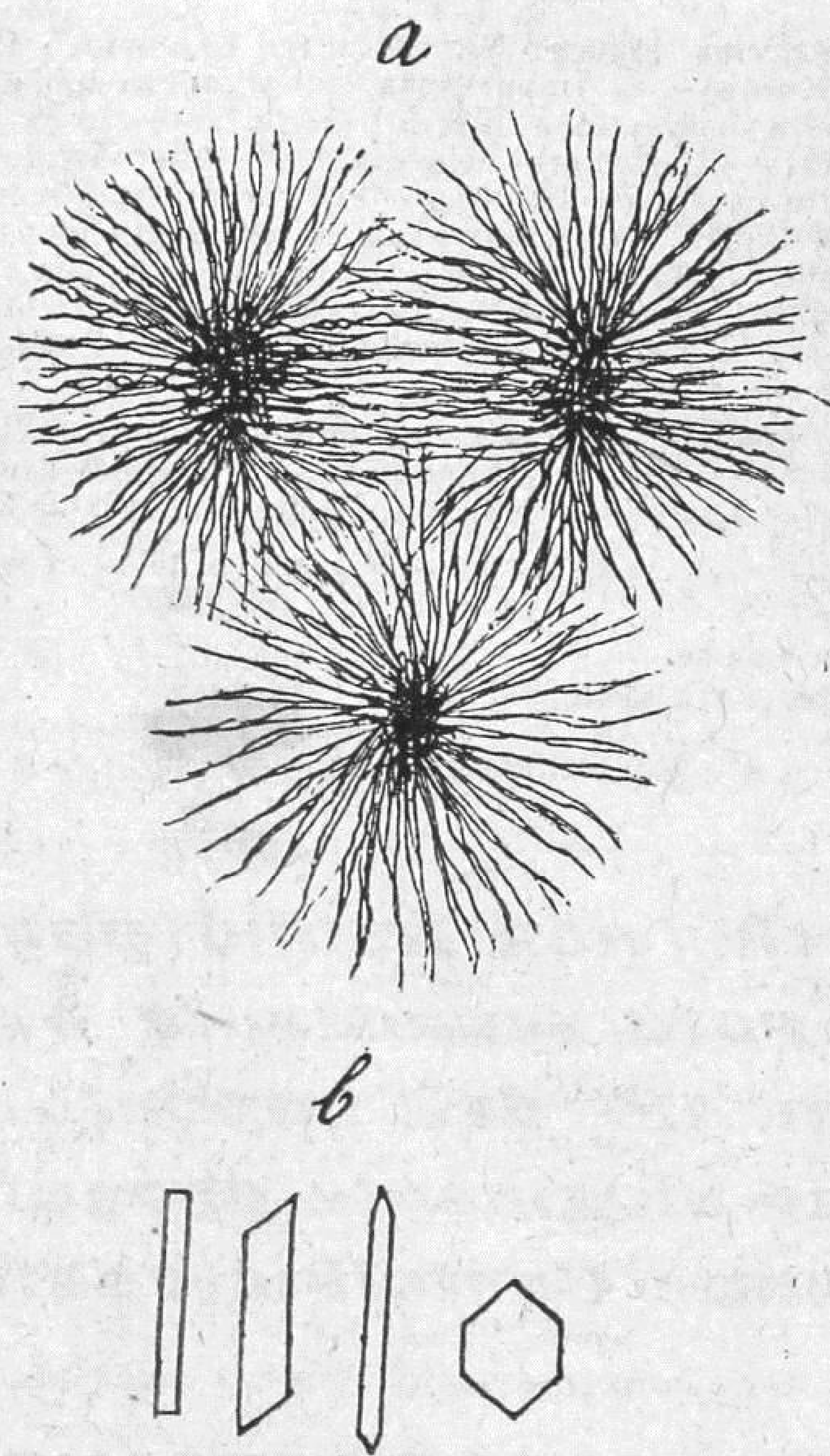
Espongo succintamente, semplicemente ed in modo schematico, il risultato delle mie ricerche, riservandomi di trattare ampiamente la bibliografia dell'argomento nella memoria, che conterrà il risultato completo delle esperienze fatte e di quelle che sono in corso.

Le esperienze riguardano anzitutto le antiemolisine e le emolisine delle urine normali, poi quelle delle urine dei nefritici e dei carcinomatosi.

Urine normali. — Nelle urine normali ho potuto isolare un'antiemolisina e due emolisine; queste sostanze esistono sempre nelle urine normali, però la quantità dell'antiemolisina è sempre superiore a quella delle emolisine, ragione per la quale le urine normali *in toto* hanno sempre azione antiemolitica. Sia l'an-

tiemolisina che l'emolisina, che ho designato α e β, sono state isolate e studiate chimicamente.

ANTIEMOLISINA. — I. *Metodo per l'estrazione dell'antiemolisina.* — Si faccia evaporare a bagnomaria in una larga capsula di porcellana 500 cm^3 di urina; il residuo è polverizzato in un mortaio con polvere di marmo pulita e sgrassata. Il mescuglio è messo in un estrattore di Soxelet ed estratto con etere. I grassi, che si ottengono con l'estrazione eterea, sono saponificati con soluzione alcoolica di KOH bollente: il mestruo è diluito con acqua ed



Cristalli di antiemolisina:
a) separati dal cloroformio - ob. n. 3; oculare 3 - Koristka;
b) separati dall'alcool - schematico.

estratto con etere. Nell'etere passerà l'antiemolisina. Il residuo che si ottiene dall'evaporazione dell'etere, che è servito per l'estrazione, conterrà l'antiemolisina, che sarà purificata con ripetute lavature con alcool molto diluito ed acidificato con qualche goccia di HC finchè la sostanza non sarà divenuta bianca.

II. *Caratteri fisici e chimici dell'antiemolisina.* — La sostanza così ottenuta ha i seguenti caratteri fisici e chimici:

1) È insaponificabile anche trattata con soluzione alcoolica di KOH sotto pressione di un'atmosfera ed alla temperatura di 110°.

2) Fonde a 43°-44°, solidifica a 39°-40°.

3) È completamente solubile in etere, cloroformio, benzolo, tilolo, acetone caldo, alcool bollente, solfuro di carbonio; discretamente solubile in alcool freddo ed acetone freddo; insolubile in acqua ed alcali.

4) Cristallizza nel sistema esagonale.

5) Reazioni:

a) Reazione di Hesse-Salkowski. — Se ad una soluzione cloroformica di antiemolisina si aggiunge un egual volume di H_2SO_4 concentrato, alla superficie di contatto dei due liquidi si forma un disco colorato in mogano intenso. Se si agita, una lieve colorazione roseo sporco si diffonde immediatamente a tutto il cloroformio: continuando ad agitare anche lo H_2SO_4, che si trova in fondo alla provetta, finisce con il colorarsi in mogano. Quando il cloroformio tiene in soluzione solo traccie di antimolisina, si ottiene semplicemente un disco color mogano alla superficie di contatto dei due liquidi.

b) La reazione di *Schiff* riesce negativa.

c) Con la reazione di *Schiff-Mochs* si ottiene una tinta verdastra; arancione se l'antiemolisina non è pura.

d) Con la reazione di *Liebermann-Burchard* si ottiene una lievissima tinta rosa.

e) La reazione di *Obermüller* riesce negativa.

f) Se si tratta un tantino di antiemolisina su una lastra di porcellana con una goccia di H_2SO_4 concentrato, si ha una tinta mogano che poi lentamente vira al viola. Con un miscuglio di 5, 4, 3 e 2 parti di H_2SO_4, più 1 parte di H_2O, si ottengono colorazioni analoghe, ma d'intensità gradatamente decrescente.

g) Trattando un po' l'antiemolisina con una goccia di H_2SO_4 contenente iodio, la reazione non è sostanzialmente modificata, solo si ottiene una tinta violacea più genuina.

h) È caratteristica anche la seguente reazione:

Si tratta un po' della sostanza con tracce di H_2SO_4 concentrato, si scioglie il tutto in alcool etilico e si fa evaporare a bagno maria. Si ottiene un residuo colorato in violetto intenso, colorazione che scomparisce subito appena si aggiunge qualche goccia di ammoniaca, per dare luogo ad una tinta gialletta. Facendo evaporare l'ammoniaca ed aggiungendo una goccia di H_2SO_4, si ottiene una tinta violacea che vira al mogano.

i) Sciogliendo l'antiemolisina in acido tricloroacetrico e facendo evaporare a bagno maria si ottiene una patina brunastra.

l) Seconda reazione di Gérard. — Se si scioglie un po' di antiemolisina in una provetta contenente CS_2 e si fa salire dal fondo un egual volume di H_2SO_4 concentrato, il CS_2 si colora in gialletto e diviene lattiginoso

(cosa che si verifica immediatamente imprimendo piccole scosse alla provetta), mentre in corrispondenza della superficie di contatto dei due liquidi appare un anello mogano, che si diffonde poco a poco a tutto l'acido solforico. Aggiungendo qualche goccia d'acqua ed agitando, mentre il CS_2 si scolora e si rischiara, l'acido solforico diviene fortemente lattiginoso e dopo qualche tempo acquista un'evidente fluorescenza.

m) Con la reazione di Hirchinson si ottiene dopo qualche minuto una lieve colorazione rosea.

Per i suesposti caratteri chimici, mi sembra che l'antiemolisina urinaria sia da considerarsi come un alcool, che molto probabilmente appartiene al gruppo delle colesterine, benchè da queste molto si differenzi per il basso punto di fusione. Bisogna però vagliare con un po' di riserva i dati concernenti il punto di fusione, giacchè è noto come bastano piccole impurità per alterare notevolmente questo dato.

Non è quì il luogo di discutere a lungo sulla natura dell'antiemolisina, cosa che farò quando lo spazio me lo consentirà, però per i caratteri fisici e chimici si può ben a ragione ritenere che si tratti di una speciale colesterina.

III. *Azione biologica.* — L'antiemolisina esercita una spiccatissima azione antiemolitica sulle emazie umane; l'azione antiemolitica è ancora apprezzabile alla diluizione di 1:2,000,000. Notevole azione antiemolitica esercita anche sulle emazie di bue, più lieve su quelle di cavia e di pollo, lievissima su quella di porco e di coniglio, nulla su quelle di montone.

L'antiemolisina spiega ancora azione protettiva sui tessuti contro l'azione citolitica dell'acqua distillata e delle emolisine urinarie α e β. A questo proposito mi sembra opportuno far notare come pezzetti di organi freschi di cavia, messi in acqua distillata si rigonfiassero enormemente rispetto agli altri pezzetti immersi in soluzione colloidale acquosa di antiemolisina.

LE EMOLISINE URINARIE. — Nelle urine normali esistono due emolisine di natura lipoide: emolisine che hanno caratteri chimici ed azione biologica diversi l'una dall'altra.

I. *Estrazione delle emolisine.* — I grassi estratti dalle urine nella maniera suesposta, sono trattati a freddo con una piccola quantità di soluzione satura di carbonato di sodio. Si allunga il mestruo e si estrae con etere: nell'etere passeranno le colesterine ed i grassi neutri, nell'acqua rimarranno i saponi. L'acqua residua dall'estratto è fatta evaporare ed il residuo è ripreso con alcool; si aggiugono allora poche goccie di una soluzione satura di acetato neutro di piombo e si fa evaporare. Il residuo è lavato ripetutamente con etere: l'etere servito per la lavatura si fa evaporare su una capsula di porcellana. Si avrà così nella prima capsula ciò che è rimasto dopo la lavatura con etere; nella seconda ciò che con l'etere si è estratto. Il residuo della prima capsula è sciolto in alcool contenente qualche goccia di HCl diluito: si fa evaporare in ambiente di anidride carbonica ed il residuo si estrae con etere. Nell'etere passa la α emolisina, che si può ottenere pura facendo evaporare l'etere. Il residuo, che si trova nella seconda capsula si scioglie in etere e si tratta con poche goccie di HCl diluito in ambiente di anidride carbonica; si fa evaporare, sempre fuori dal contatto dell'aria e si riprende il residuo con etere. Nell'etere passa la β emolisina.

II. *Caratteri fisici e chimici della α emolisina.* — Come si vede, dalla maniera in cui si prepara, la α emolisina, non è che un miscuglio di acidi grassi. Essa ha un odore molto penetrante e sgradevole, un colorito gialletto, e alla temperatura di un laboratorio è solido. Fonde a 35°, però questo punto di fusione non è assolutamente costante. I saponi di piombo di questi acidi grassi non sono solubili in etere, e questa è la caratteristica principale che ci permette di separare la α emolisina dalla β.

È chiaro che, quello che chiamo α emolisina, non è un'unica sostanza, ma bensì un miscuglio di acidi grassi, i quali hanno tutti in comune la caratteristica di dare saponi di piombo insolubili in etere. Si comprende pertanto come non sia agevole indentificare i singoli componenti di questo miscuglio, che può essere costituito da numerosissimi acidi grassi. Infatti gli acidi grassi, salvo qualche eccezione, danno tutti saponi di piombo insolubili in etere. Tra gli acidi costituenti la α emolisina ve ne è però uno che è caratteristico per lo speciale odore sgradevole e penetrante, che ricorda l'odore urinoso, odore che non è posseduto dai suoi saponi, avendo anzi questi un odore piuttosto gradevole, che si può lontanamente assomigliare a quello della vainiglia.

III. *Azione biologica della α emolisina.* — La α emolisina esercita una spiccatissima azione emolitica sulle emazie umane. L'emolisi avviene nelle provette prima che passi un'ora dal momento in cui si mettono in termostato. Sulle emazie di montone la α emolisina non spiega alcuna azione. La α emolisina spiega notevolissima azione citolitica sui

tessuti freschi di cavia. Per svelare l'azione citolitica di questa sostanza mi sono servito della seguente tecnica: un pezzetto di fegato o rene di cavia, tolti da un animale appena ucciso, è emulzionato per mezzo di una pinzetta in una quantità tale di soluzione di cloruro di sodio all'1 %, che il liquido diventi molto torbido. Si filtra su garza in modo da allontanare i frammenti più grossolani di organo e si aggiunge al liquido qualche goccia di una soluzione di bleu di metile, in modo da ottenere una bella tinta turchina. Si mette un cm^3 di questa emulsione per ogni provetta; in una di queste si aggiunge un cm^3 di acqua distillata, nelle altre un cm_3 di acqua distillata in cui però è stata previamente emulzionata l'emolisina. Nella provetta controllo dopo 12-24 ore si ottiene un sedimento, che non ha preso assolutamente il colore, ed il liquido si scolora: nella provetta in cui la citolisi si verifica il sedimento è intensamente colorato in turchino ed il liquido non ha perduto nulla della sua prima colorazione.

β EMOLISINA. — I. *Caratteri fisici e chimici della β emolisina.* — Forse il gruppo di sostanze, che costituisce quel complesso che io chiamo β emolisina, è molto più limitato. Infatti gli acidi grassi, in cui i saponi di piombo sono solubili in etere, sono pochi, e tra questi il più importante è l'acido oleico. La β emolisina (che ripeto non è una sostanza unica), è liquida a temperatura di laboratorio, e di aspetto oleoso, però lungi dall'essere incolore (come l'acido oleico) è colorata in gialletto, inoltre ha un tenue odore che ricorda quello poco gradevole del cerume. Non avrei diviso gli acidi grassi urinari assegnando alle due categorie distinte nomi differenti, se queste due categorie di acidi non avessero realmente un'azione biologica differente.

II. *Azione biologica della β della emolisina.* — La β emolisina spiega una notevole azione emolitica sulle emazie umane, ma la sua azione è alquanto differente da quella spiegata dalla α emolisina. Mentre la seconda agisce sulle emazie già dopo un'ora, la prima agisce dopo 8-12 ore di termostato. Le emazie hanno quindi il tempo di raccogliersi in fondo alla provetta prima di essere emolizzate. Se si scuote la provetta quando le emazie si sono già raccolte al fondo, ma ancora l'emolisi non si è iniziata, si nota chiaramente come esse siano agglutinate, giacchè soltanto dopo forti scuotimenti, dal fondo della provetta si distaccano fiocchetti che al microscopio risultano costituiti da emazie agglutinate. Avvenendo l'emolisi, al fondo della provetta è sempre visibile un ammasso di sostanza amorfa, che agitata si sperde nel liquido sotto forma di piccoli brandelletti.

Anche questa emolisina non spiega alcuna azione sulle emazie di montone ed è citolitica per gli organi freschi di cavia.

La α e la β emolisina hanno in comune le seguenti proprietà:

1° di trasformare l'ossiemoglobina in metaemoglobina;

2° la loro azione è paralizzata dalla presenza dell'antiemolisina urinaria;

3° in presenza dell'antiemolisina urinaria, pur non determinando emolisi, trasformano il pigmento delle emazie in metaemoglobina;

4° anche l'azione citolitica è paralizzata dalla presenza della antiemolisina.

Concludendo, nelle urine normali esistono due gruppi di sostanze antagoniste: la antiemolisina da una parte, e le emolisine dall'altra. Colesterina l'una, acidi grassi le altre. Normalmente quella che prevale è l'azione dell'antiemolisina; quindi l'urina normale in toto è sempre antiemolitica. (Facendo astrazione completa dalla concentrazione molecolare dell'urina). Se però aumentano le emolisine, o diminuiscono le antiemolisine o entrambi le due cause concorrono, il potere antiemolitico può divenire nullo e addirittura invertirsi, divenendo l'urina emolitica.

INDICE ANTIEMOLITICO. — Come si fa a determinare il potere antiemolitico di un'urina? Il metodo, che ho adottato, è quello che di più semplice si possa immaginare. Ho infatti tratto profitto della proprietà, che ha il carbone animale di assorbire tutti i liquidi. Se si paragona il potere antiemolitico di un'urina prima e dopo il trattamento con carbone animale, si può avere una misura del potere antiemolitico (o certe volte emolitico) di un'urina. Ecco come si procede.

Da un campione delle urine delle 24 ore (1), si tolgono 30 cm^3, che sono trattati con abbondante carbone animale (finissimo e purissimo; io adopero quello di Merk): si attende un'ora e si filtra. Si prendono intanto alcune provette e si dispongono in doppia fila su un supporto, nella prima fila si mettono nelle tre prime provette 2 cm^3 di urina, non trattata con carbone animale, e nelle altre 1 cm^3 per parte. Si aggiunge poi (adoperando un'altra pipetta) nella prima provetta, ½ cm^3 di acqua distillata, 1 nella seconda, 1½ nella terza, 1

(1) Ho già raccomandato nella prima nota preventiva di lavorare sempre con campioni delle 24 h, non eliminandosi le antiemolisine e le emolisine nella stessa quantità nelle diverse minzioni.

nella quarta, 1 ½ nella quinta, 2 nella sesta, e così via di seguito aumentando sempre di ½ cm^3. Le diluizioni così ottenute sono di 2/2.5, 2/3, 2/3.5, 2/4, 2/5, 2/6, 2/7, 2/8, 2/9, ecc.

Si cambia pipetta e si fa coll'urina precipitata con carbone animale, la stessa serie di diluizioni nella seconda fila di provette, in modo che, nelle due provette che stanno allo stesso livello, il titolo della diluizione sia identico. Si mette una goccia di sangue per ogni provetta, sangue che deve essere prelevato da una puntura fatta sul polpastrello di un dito (la cosa più comoda è che si punga l'operatore stesso), e si attende che le emazie si siano raccolte nel fondo della provetta; allora si vede quale è la prima provetta in cui nel fondo non si veda un apprezzabile dischetto di emazie, e si segna. Se per esempio nella prima serie l'emolisi avviene nella provetta, in cui la diluizione è di 2:8, e nella seconda serie è nella provetta in cui il titolo è 2:4, l'indice antiemolitico è uguale a 8 — 4 = 4. Per risparmio di tempo e di sangue, prima si possono fare delle prove di orientamento per stabilire verso che titolo presso a poco l'urina emolizzi, e poi fare la prova aggiungendo 3-4 provette prima e 1-2 dopo di quelle in cui è avvenuta l'emolisi. Capita qualche volta che l'urina, per la bassa concentrazione molecolare, sia per sè stessa emolitica, allora per fare la prova bisogna aggiungere, su 100 cm^3 di urina, gr. 0.50 di Na Cl e poi procedere come per un'urina qualsiasi.

Le provette, le pipette, gli imbutini, ecc. debbono essere tutti accuratamente lavati previamente con H_2SO_4 concentrato, e poi abbondantemente risciacquati con acqua distillata e fatti asciugare in termostato.

La emolisi deve avvenire a temperatura ambiente e non in termostato, giacchè il calore favorirebbe lo sviluppo di germi, che, o per le loro tossine, o per l'ammoniaca, che sviluppano fermentando l'urina, potrebbero provocare per sè stessi l'emolisi.

VARIAZIONE DELL'INDICE ANTIEMOLITICO NEI NEFRITICI. — Da numerosissime ricerche iniziate fin dall'anno scorso sulle urine dei nefritici, posso trarre la seguente conclusione: che nelle urine dei nefritici con disturbi uremici, anemia, notevole deperimento, ipertensione ed idropi, l'indice antiemolitico è sempre e spesso notevolmente diminuito, qualche volta è nullo o anche invertito; questo si verifica specialmente negli uremici gravi. Nei nefritici in cui la lesione renale è lieve da non arrecare sensibili disturbi, l'indice può conservarsi normale.

INDICE ANTIEMOLITICO NEI CARCINOMATOSI. — Nei carcinomatosi non ho potuto mai riscontrare notevoli deviazioni dalla norma dell'indice antiemolitico. Se qualche volta vi era lieve diminuzione, ciò era dovuto a concomitanti lesioni renali, o allo stato di avanzatissima cachessia.

***

In queste righe, già troppo lunghe per una nota preventiva, ho esposto molto sommariamente i risultati più salienti delle ricerche che tuttora sono in corso. Ancora molto vi è da fare per chiarire l'origine e la funzione di queste sostanze, che, benchè abbia cercato di studiare chimicamente, sono costretto a chiamare con i nomi molto generici di emolisine ed antiemolisine, cosa che seguito a fare per non coniare nuovi nomi che certo non rischiarerebbero maggiormente la cosa.

Vi è da studiare ancora l'importanza che queste sostanze possono assumere in speciali processi morbosi, giacchè una spiccata funzione citolitica ed emolitica hanno. Nè è improbabile che queste sostanze abbiano la loro influenza sulle anemie e le cachessie, che si sviluppano in alcuni processi morbosi. Ma ancora ogni ipotesi sarebbe prematura, prima che l'esperimento non abbia chiarito meglio la questione.

Richiamo infine l'attenzione sul fatto, che sia l'antiemolisina, che le due emolisine, benchè nel loro meccanismo d'azione per nulla vi entri il congegno immunitario, pur tuttavia godono di un'abbastanza spiccata specificità d'azione.

I sensi della mia più viva gratitudine vadano all'illustre Maestro prof. Agenore Zeri, direttore dell'Istituto, e al prof. Feliziani, che con i loro illuminati consigli mi guidano nelle presenti ricerche.

Roma, 14 marzo 1921.

ERRATUM. — Nel lavoro del dott. Galatà: « Le iniezioni di calomelano nel tifo » (fasc. 28), a pagina 946, prima colonna, 31ª riga, invece di « a decorso rapidissimo » leggere « a decorso *non* rapidissimo ».

Nel lavoro del prof. F. Mazzone, pubblicato nel fasc. 27, a pag. 915, invece di « 536.700.000.000 », leggere « 5.367.000.000 ».

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI IMOLA
diretto dal prof. A. FURNO.

Di un raro inizio della polisierosite.

Dott. BRUNO MAGGESI, assistente.

Accenno brevemente, riferendomi ad un caso occorsomi, ad una evenienza clinica non certamente frequente, e che è a mio parere degna di essere tenuta in considerazione anche agli effetti pratici del modo di comportarsi di fronte ad essa. Si tratta di una insolita imponente sindrome iniziale di una malattia tutt'altro che rara ad osservarsi, la polisierosite, malattia che i trattatisti, i monografisti e gli insegnamenti stessi tratti dalla quotidiana pratica, ci presentano come una forma morbosa ad abituale inizio lento, squisitamente subdolo, e prodromico di un decorso sovente subacuto.

Nel caso del nostro paziente D. Pompeo, uomo robusto di cinquant'anni, colono di Dozza Imolese e che presentava postumi di encefalite epidemica, sotto forma di lieve emiparesi destra, i fatti si svolsero all'incontro fin dall'inizio acutamente e con quadro morboso assai grave. Tacendo per brevità dei precedenti famigliari e delle vicende personali, del resto scarsamente interessanti, dirò solamente della già menzionata affezione epidemica, che, insorta nel marzo 1920 e svoltasi in paese nel domicilio dell'infermo col tipo schiettamente letargico, richiese il ricovero solamente in secondo tempo, avendo lasciato, come lesioni residuali, una paresi del braccio e della gamba di destra, senza altri notevoli perturbamenti delle funzioni psichiche ed organiche ove si eccettui una persistente ostinata stipsi, che non poco preoccupava l'infermo.

Del resto, ricuperata in parte la sua capacità lavorativa, egli non ebbe a soffrire di altre molestie, fino al 30 dicembre 1920, quando, senza prodromi di sorta, in completo benessere, fu colto da insoffribili dolori al ventre, con speciale localizzazione ai quadranti superiori, dolori accessionali che rassomigliavano a morsi e che si mantennero con la stessa intensità nei dì seguenti. Inolre, dopo un paio di giorni, tumefacendosi il ventre e restando l'alvo ostinatamente chiuso, nonostante i ripetuti energici interventi, intesi a rimuovere tale inconveniente, si manifestò vomito insistente dapprima dei cibi ingeriti poi di un liquido chiaro, acidulo, senza altre particolari caratteristiche, ed infine di materiali di odore ed aspetto fecaloide. Era stata frattanto riscontrata una modica elevazione febbrile, senza che del resto si avessero singhiozzi, tosse, cefalea troppo grave. Il giorno 4 gennaio il medico, temendo una occlusione intestinale, consigliò il ricovero in Ospedale, ed infatti l'infermò entrò nella Sezione Medica il 5 gennaio 1921.

Il timore non appariva all'ingresso certamente del tutto infondato: chè il paziente presentava un addome enormemente teso, ed espanso, sopratutto nei quadranti superiori, dolentissimo alla palpazione, straordinariamente meteorico. Non erano invece visibili esteriormente movimenti peristaltici. Gli organi ipocondriaci erano spinti notevolmente verso l'alto: le basi polmonari retratte dalla distensione del ventre.

Il malato era dispnoico, leggermente cianotico, ma aveva polso relativamente valido, non troppo frequente, nè presentava una *facies* del tutto addominale.

Fu appunto la considerazione di tale mediocre ripercuotersi sullo stato generale di gravi fatti che avrebbero dovuto persistere da una settimana, che trattenne i curanti dall'ammettere precipitosamente una occlusione vera e propria e consigliò, a maggiore chiarimento diagnostico, di differire l'intervento, limitando la terapia alla energica stimolazione della peristalsi intestinale. Così fu fatto, ricorrendo a dosi discrete di endoipofisina per via sottocutanea, ed infatti, ottenutesi finalmente abbondanti evacuazioni di gas e di materie fecali, l'infermo andò il dì seguente rapidamente avvantaggiandosi. Fino al giorno 7 persistette una mediocre ipertermia, oscillante fra i 37° ed i 38° ed al mattino dello stesso giorno quando ormai l'infermo cominciava ad essere apiretico, si manifestarono inattesi segni di versamento bilaterale delle pleure, alla cui constatazione veniva a togliere ogni dubbio la puntura esplorativa con la estrazione di un liquido citrino, alcalino, leggermente corpuscolato, rivelatosi per un essudato e con l'abituale sedimento di linfociti e di globuli rossi. Ed il giorno 9, quando già era subentrato uno stato di quasi pieno benessere, l'addome, che si era rapidamente ridotto di volume e si era fatto discretamente trattabile, presentò una zona abbastanza considerevole di ottusità mobile nelle parti declivi che, alquanto aumentata sulle prime, andò rapidamente attenuandosi di pari passo con il versamento delle pleure. Il decorso della forma morbosa sulla cui natura la sindrome aveva indubbiamente parlato chiaro, fu insolitamente rapido e benigno.

Riassorbiti perfettamente gli essudati, ristabilitesi le forze, e rimaste pressochè normali le funzioni del rene (lieve albuminuria ed intensa

indacanuria del tutto transitorie), il paziente fu dimesso guarito dall'ospedale il 23 gennaio 1921.

***

Se il caso non presentasse interesse dal punto di vista pratico per il pericolo a cui avrebbe esposto un intervento chirurgico, giustificato forse da un'improvvisa apparente sindrome di completa occlusione intestinale, ma condannato senza dubbio dalla natura reale del processo morboso; presenterebbe certamente quello non meno notevole della rarità della casistica, sotto l'aspetto appunto della insorgenza della malattia. Su questa caratteristica adunque brevemente m'intrattengo, per quanto anche altre particolarità sarebbero da rilevare, quali ad esempio: la precedenza dei fenomeni di essudazione pleurica bilaterale, la poca frequenza della forma morbosa in uomini attempati, e più che tutto il decorso estremamente rapido e benigno della triplice affezione sierosa, che, se ha riscontro in casi analoghi descritti da Galvagni, Gerhardt ed altri, ripone sul terreno la questione della eziologia multipla della polisierosite.

Ma qui certamente il lato più interessante del caso è rappresentato dai fenomeni di improvvisa paresi di un tratto più o meno importante dell'intestino. probabilmente anzi del colon, simulante in modo completo la occlusione dell'intestino stesso. Casi di inizio acuto ed a sindrome atipica non mancano certo nella patologia della peritonite tubercolare isolata. I chirurghi francesi sopratutto ne hanno segnalato molti esempi, a scopo più che altro pratico, per discutere la opportunità di intervenire o meno. Citeremo a proposito fra l'altro la numerosa e ininterrotta casistica riferita nelle sedute della Société de Chirurgie nell'ultimo ventennio. Si tratta di casi scambiati per appendiciti acute, volvoli, strozzamenti erniari, ecc., in cui l'intervento dimostrò trattarsi di peritoniti specifiche ad acutissimo inizio o ad acuta manifestazione (Morestin, Quénu, Bruns, Lejars, Routier ed altri).

Senonchè dalle poche notizie che sono giunte fino a noi delle varietà abbastanza numerose, emerge che il meccanismo della occlusione consisteva nella massima parte dei casi in ostacoli anatomici veri e propri, che il Broca fa rientrare tutti in due categorie: briglie rapidamente e subdolamente formatesi ovvero ammassi notevoli di essudati solidi, comprimenti le anse intestinali.

Solamente poche volte non si poterono dimostrare all'inizio della peritonite specifica cause estrinseche della sindrome di occlusione, ma questa dovette essere messa in rapporto con l'ileo paralitico.

Pothérat in un malato riscontrò una dilatazione estrema delle anse ed un modico versamento sieroso: in un altro Vanverts di Lilla non ebbe ad osservare compressioni di sorta; Reynier infine ebbe a constatare casi con sindrome di occlusione credute appendiciti, e in cui all'atto operativo non fu riscontrata la sospettata lesione.

Questi sono forse gli esempi da me rintracciati che più degli altri si accostano al riportato sopra: in esso infatti non si poteva certo supporre la produzione di essudati solidi nè di briglie per la subitaneità, la mitezza e la brevità del processo e per la sua inattesa risoluzione. Ma, considerando appunto tale decorso, il quadro constatato nell'infermo di cui ho fatta menzione, resta ancora isolato dagli altri citati per la sproporzione fra i fatti locali imponenti di inibizione a carico dell'intestino ed i fatti anatomici generali relativamente lievi e di breve durata, con più abbondanti e probabilmente precedenti fenomeni di essudazione pleurica bilaterale. Sì che vien fatto di domandarci se nel nostro caso non potesse esistere una particolare labilità della mobilità intestinale di fronte alle cause morbose anche meno gravi e se a tale speciale condizione dovesse dirsi del tutto estraneo il precedente di una affezione morbosa che ognuno sa così ricca di sintomi e così tenace, nei suoi svariatissimi postumi.

Al chiarissimo prof. Alberto Furno, mio primario, l'espressione della mia viva gratitudine per l'aiuto prezioso ottenuto nella compilazione della presente nota.

Imola, gennaio 1921.

NOTE E CONTRIBUTI.

CLINICA OTO-RINO-LARINGOIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
(Prof. G. MASINI).

L'audizione nei neonati

per il dott. ODDONE WALTAN, assistente.

Fisiologi e psicologi che si occuparono della fisiologia dei neonati asseriscono concordi come durante le prime ore e i primi giorni dalla nascita questi piccoli esseri non hanno alcuna percezione uditiva, poichè tale organo non è ancora in grado di disimpegnare la sua normale funzione; e credono che questo dipenda dal fatto che nella cavità dell'orecchio medio dei neonati, esistano delle mucosità per cui riesce impossibile l'audizione, solo quando queste scompaiono. Tali mucosità però non sono in tale quantità da ostacolare una trasmissione timpanica dei suoni, e non impediscono pure che si realizzi un'audizione attraverso le ossa craniche, la quale non è, come è ben noto, meno importante della audizione timpanica, per cui è logico e evidente che il neonato debba udire fin dai primi momenti della vita extrauterina. Si afferma come tale materia gelatinosa giallastra che riempie la cassa, quando intervengono fatti di movimenti respiratori, vada riassorbendosi e quindi scomparendo, essendo rimpiazzata dall'aria, e come tale sostanza, secondo ricerche del Lesser, impieghi circa 20 ore a scomparire nei neonati non a termine.

Secondo Herhold, tale liquido gelatinoso penetra e si rinnova nell'orecchio medio, attraverso la tuba di Eustachio, cosicchè il liquido fetale esterno e quello che riempie la cassa del timpano si fanno equilibrio; un certo tempo dopo la nascita, il liquido uscirebbe per il canale attraverso il quale è entrato e verrebbe supplito dall'aria atmosferica. Tali osservazioni furono poi confermate più tardi dal Moldenhauer e dal Tröltsch, secondo quest'ultimo la mucosa della cassa è iperemica e rigonfia, da funzionare a guisa di tappo rispetto alla cassa stessa. Sembra però che questa causa di pretesa sordità del neonato non sia la sola a produrla, ma che vi contribuisca anche l'occlusione del condotto uditivo esterno, dovuta alla aderenza completa delle pareti di questo canale. Non è una cosa molto facile, secondo il parere degli autori, poter determinare esattamente dopo quante ore, giorni o settimane esistono dei segni certi di percezione acustica, e generalmente si prende come tali i movimenti rapidi delle palpebre, l'alzarsi e l'abbassarsi delle braccia, ecc., ma questo s'intende per i rumori forti; per i suoni invece, specie se deboli, tutti i ricercatori concordano nell'affermare, come non siano seguiti da alcun movimento reattivo.

Così Kussmaul riferisce, che nei primi giorni della vita il bambino non offre alcuna reazione ai suoni, e neppure, secondo altri, dopo 3-4 settimane. Tutti i ricercatori hanno specialmente sperimentato sopra bambini di 1-2 settimane, curandosi poco delle prime ore o primi giorni di vita, essendo, si può quasi dire, convinti, che all'inizio l'infante sia completamente sordo.

Il Poli invece in seguito ad una serie di esperienze condotte nella R. Clinica Ostetrica di Genova sopra 12 neonati fino al 3° giorno di vita, venne alla conclusione che i neonati sentono fin dai primi momenti della nascita. Come strumenti per l'esperimento il Poli si serviva di 2 diapason alti (do$_4$ 2048 vibr., e do 128 vibr.), di due fischietti in la, e di un tam-tam, e poteva concludere come il neonato appena alla luce udiva il fischietto in la e dopo 10 minuti il tam-tam e i diapason. In questa controversia credemmo opportuno di ripetere le esperienze per stabilire se effettivamente i neonati nelle prime ore reagiscono ai suoni, perocchè risulterebbe dalle citate esperienze del Poli, che l'audizione per i suoni e rumori vi fosse anche in questi. Le nostre esperienze eseguite nell'Istituto di Maternità di Genova vertono sopra una cinquantina di bambini nelle prime ore e nei primi giorni della vita, e si riscontrò senza eccezione che tutti i neonati rispondevano con ammiccamento e talora forte chiusura delle palpebre e pianto, al suono acuto, improvviso e breve di un accordatore do di 1080 vibrazioni al minuto secondo e non ai diapason, nè tam-tam, nè fischietti in la di altro genere. Insisto appunto sul suono, alto, improvviso e breve, poichè solo ad un tal suono rispondono i neonati, che nella quiete fisiologica della veglia tranquilla, sono destati da una tonalità che giunge repentina e netta al loro organo di audizione; d'altro canto si è sperimentato collo stesso fischietto, facendone uscire un suono prolungato e sempre più crescente, al quale non hanno regolarmente risposto con nessun moto reattivo, inoltre il suono deve esser corto per il fatto naturale della facile stanchezza uditiva, tanto più trattandosi di organi deboli, perchè non ancora completamente elaborati. Tutti questi fatti dimostrano che in tesi generale nel neonato, la percezione sonora succede per via aerea e non per via ossea; poichè, ben considerando, nel neonato per la non ancora completa ossificazione delle ossa craniche, non si può avere naturalmente una trasmissione

osteo-timpanica così fine, come si ha nell'adulto, in cui le ossa craniche formano come un insieme unico, che meglio trasmette le vibrazioni dei suoni. Mi si vorrà obbiettare che tali fatti sieno da attribuirsi ad una percezione di sensibilità tattile provocata dall'aria che esce dal fischietto, ma si è ovviato a questo inconveniente soffiando parallelamente alla testa a qualche centimetro dal padiglione auricolare, non solo, ma poi si è ancora soffiato aria nell'orecchio attraverso un piccolo tubo di vetro, e non si è verificato mai alcun fatto che possa far pensare ad una reazione qualsiasi. S'intende sempre che le nostre esperienze non si protraggono oltre 10 giorni per individuo, poichè dopo tale periodo di tempo si è veduto, al contrario di altri ricercatori, come la percezione succeda per moltissimi suoni. Si è solo voluto provare, per ribattere asserzioni errate di qualche autore, in certi bambini di 12 o 15 anni, una monotona cantilena non accompagnata da alcun movimento, quando erano preoccupati dal pianto, e si dimostrò in modo evidente che tale cantilena doveva esser ben udita, influenzando il sistema nervoso del piccolo essere. Si è osservato che con questa cantilena i bambini cessavano dal piangere e s'addormentavano, il che vuol dire che esiste nel bambino di tale età una certa audizione. Al contrario di quanto asserisce il Bruzzone nel suo «trattato di malattie d'orecchio nell'infanzia» (1914); ed altri.

Non furono provati o solo limitatamente, con mandolino, i suoni musicali sotto forma di melodia, e a questi sembrerebbe che il neonato di 15 giorni risponda con una certa reazione. A questo proposito è pure interessante citare le esperienze del prof. Tullio dell'Università di Sassari, il quale ebbe ad occuparsi in maniera speciale e con profonda competenza della influenza varia che esercita la emissione dei suoni di diverse altezze nel condotto uditivo, sui movimenti del capo e degli occhi negli animali (nistagmo verticale, orizzontale e rotatorio).

Dette esperienze furono condotte con singolare abilità sopra diversi animali: conigli, polli, colombi, ecc. e fu osservato che quando, attraverso un tubo di gomma che conduce le vibrazioni sonore nell'orecchio, si soffiava, per esempio, un suono con un corista in un coniglio nell'orecchio sinistro, questo volgeva immediatamente il capo a destra, cioè dal lato opposto, insieme a un pronunciato nistagmo orizzontale dallo stesso lato. Tale movimento succedeva con rotazione del capo intorno all'asse antero-posteriore, ed anche quando colla mano si voleva impedire che tale movimento si verificasse, si sentiva lo sforzo muscolare dei fasci della nuca per la torsione del capo; se si rinforzava poi improvvisamente il suono il capo accentuava la rotazione.

Analogamente a quanto sperimentò il sopracitato autore sugli animali, si volle pure provare nel neonato e si ottennero risultati, che in parte assomigliano assai a quelli ottenuti nei conigli.

Si impiegò nel nostro esperimento un accordatore in *do* di 1080 vibraz. al minuto secondo, messo in rapporto con un tubo di gomma e questo in rapporto con un imbuto che si metteva quasi a contatto dell'orecchio; dico quasi, poichè si teneva discosto di 1 cm. circa, per non provocare nell'infante un fatto di reazione sensitiva. Si riscontrò così nel neonato un movimento di rotazione del capo secondo l'asse antero-posteriore dal lato ove viene soffiato il suono, insieme a nistagmo orizzontale dei bulbi oculari dallo stesso lato, salvo rarissime eccezioni.

Volendo meglio analizzare i singoli movimenti bisogna notare, come anzitutto si verificava un movimento di sussulto vibratorio, incerto e improvviso della testa secondo l'asse verticale e antero-posteriore, quasi a cercare da dove proveniva lo stimolo per liberarsene, come se avesse una sensazione sgradevole e dolorosa, e quindi si otteneva il netto movimento di ripiegamento forzato della testa dal lato dello stimolo sonoro, ripiepamento, che nel primo momento era fortemente accentuato, ma che poi andava allentandosi, forse per stanchezza.

Pure nei neonati, quando si cercava di impedire il movimento del capo colla mano, si poteva notare lo sforzo dei muscoli della nuca per compierlo; tali movimenti si compivano più evidenti quando il bambino era in condizioni tranquille ma sveglio, spesso non era molto agevole vedere il movimento dei bulbi, poichè succedeva una chiusura forzata e repentina degli occhi, talora seguita dal pianto più ostinato. In poche parole i movimenti reattivi della testa al suono nel neonato, sarebbero contrari a quelli prodotti nelle stesse condizioni dal prof. Tullio nei suoi animali da esperimento. Noi ora in ulteriori ricerche ci proporremo di studiare il comportamento dei suoni nel neonato dal primo momento della nascita fino ad un mese circa, per stabilire quali notevoli differenze si riscontrano nella percezione sonora, tanto più che nell'adulto avremo concordanza di reazioni con quello che si verifica negli animali. Ora bisogna vedere, se questi movimenti reattivi vanno di mano in mano modificandosi con lento sviluppo degli organi e il loro successivo perfezionarsi. Questo è quello che si è potuto dedurre, come frutto delle

nostre ricerche, che non si sono potute estendere a più ampie proporzioni, data principalmente la deficenza di strumenti e laboratorio proprio, quale si può avere in un istituto di fisiologia ben arredato; si è però solo voluto segnalare agli studiosi il fatto: che siccome lo sviluppo dei canali succede prima della chiocciola, ciò significa che nei primi momenti della vita extrauterina, in cui l'organo dell'udito non è completo; questi funzionano come organi di percezione dei suoni, in accordo alla affermazione già dimostrata che i canali semicircolari oltre ad organi di orientazione del movimento, sono pure organi di percezione sonora.

Concludendo: i movimenti reattivi che compie il neonato alla emissione di un suono nel suo orecchio, costituiscono una funzione di difesa contro questo nuovo elemento perturbatore e insieme una funzione di orientazione, che stà probabilmente in rapporto con i singoli piani di direzione dei tre canali semicircolari.

COMMENTI.

A proposito di una strana lesione provocata al testicolo.

Napoli, 25 giugno 1921.

Spettabile Direzione,

Leggo nel n. 25 (20 giugno 1921) del *Policlinico* (Sezione Pratica) una comunicazione del Dott. Santi Bivona, relativa ad una strana lesione del testicolo, provocata dal paziente con la complicità di un farmacista, al fine di sottrarsi al servizio militare di guerra. La lesione, consistente in un pseudo-blastoma, una specie di tumore infiammatorio peri-testicolare, sarebbe stata provocata dalla iniezione di un liquido di ignota natura, il quale avrebbe in tre giorni determinato l'insorgere e l'evolvere della proliferazione patologica. E il dottor Bivona, anche in esito allo studio istologico e, in parte, isto-chimico del reperto, conclude col sospettare che il liquido iniettato abbia verosimilmente potuto essere la paraffina.

Ora, chiunque ha pratica delle iniezioni di paraffina sa perfettamente quali e quante difficoltà tecniche si incontrino nella esecuzione di esse, in conseguenza del rapido solidificarsi del materiale, cosicchè ben altro che una comune siringa, ben altro che le manualità di un farmacista, ben altro che «un liquido messo in un bicchiere» potevano occorrere per determinare con la paraffina l'auto-lesione in parola.

Per queste considerazioni, e per altre che a momenti verrò ad esporre, io ritengo, quindi, che l'ipotesi della paraffina vada senz'altro esclusa e che invece il liquido adoperato sia stato niente altro che il comune olio di vasellina. E dico il *comune* olio di vasellina, perchè l'olio purissimo, quello che va sotto il nome di *vasogene* e che è stato così largamente e proficuamente diffuso dal Klever, prima, e dal Bayer, dopo, per la sua purezza non spiega alcuna azione irritativa e fibro-plastica. Anzi, esso esplica addirittura un'azione cosmetica, come fu dimostrato dal dott. Maestro in un lavoro apparso sulla *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* del 1894. Viceversa, l'olio di vasellina che si suole trovare ordinariamente nelle farmacie è un misto di idrocarburi saturi e di oli minerali impuri di petrolio, capace, se iniettato sotto cute, di determinare processi flogistici a tipo organizzante e neoformativo del tutto identici a quello che il Bivona descrive. In una mia recente pubblicazione (*Rendiconto clinico su mille feriti di guerra*) io ho, a proposito di lesioni simulate, dettagliatamente discusso di queste iniezioni di olio di vasellina che furono usate su vastissima scala da militari di ogni regione d'Italia e che valsero a simulare le più svariate affezioni acute o croniche (tubercolosi, neoplasmi, ingorghi glandolari, iperplasie ed ipertrofie di organi, deformazioni elefantiastiche, ecc.). Aggiungo inoltre che, a guerra finita, mi è occorso in tre casi di dover prestare la mia opera chirurgica per riparare ai danni di iniezioni di olio di vasellina, quali ho potuto diagnosticarle sia per le caratteristiche intrinseche delle neoformazioni e sia per la diretta ed esplicita confessione dei pazienti ormai non più militari e quindi non più... abbottonati.

In un primo caso trattavasi di una serie di noduli piccoli, duri, fibrosi, scaglionati a corona nel sottocutaneo della faccia anteriore del ginocchio: in un secondo si trattava ugualmente di un grosso nodulo adagiato in corrispondenza del solco retromalleolare esterno del piede destro. Questo secondo nodulo, più che sottocutaneo, era dermo-ipodermico cosicchè la cute, non sollevabile in pliche, faceva corpo con la tumefazione e presentava quasi la caratteristica della «buccia d'arancia»; esso, durante il periodo della guerra, era servito, associato a legature anelastiche del collo del piede ed al martellamento, a mentire una grave artrite tubercolare tibio-perone astragalica.

In entrambi questi casi dovetti escidere i noduli in una con la cute soprastante e provvedere, con opportune plastiche cutanee, alla

riunione primaria della ferita. Un terzo caso infine, occorsomi nell'aprile ultimo, presentava un vero interesse anatomo-patologico. Le iniezioni, al numero di cinque, erano state praticate in corrispondenza della regione inguino-crurale destra e avevano provocato l'insorgere di una massa bernoccoluta della forma e della grandezza di un limone, la quale, forse per uno stato di congenita flaccidità della cute, tendeva a farsi pendula come un grosso fibroma largamente picciuolato.

Al palpamento si individualizzavano nettamente i cinque noduli corrispondenti alle cinque iniezioni; ogni nodulo era della grandezza di una noce, di consistenza duro-elastica, spostabile sul piano aponeurotico retrostante. Procedetti all'ablazione della massa e della cute che la ricopriva (sono dell'avviso che è sempre bene, se si vuole una guarigione rapida, nell'asportare tali noduli infiammatori, asportare anche la cute che li ricopre, poichè questa è sempre più o meno distrofica e compromessa) e riunii *per primam*.

Il reperto anatomico, in questo caso, fu del tutto analogo ai precedenti e del tutto analogo a quello del dott. Bivona. Macroscopicamente, il tessuto proliferato si presenta a superfice di taglio asciutta, biancastra, dove a struttura fascicolata e dove a struttura areolare; qua e là qualche isolotto un po' più molle, di apparenza emorragica, qua e là vasellini arteriosi di calibro relativamente considerevole. Col raschiamento, il tagliente stride sul piano di sezione e asporta un succo torbidiccio, untuoso al tatto. All'esame microscopico, servendomi della comune colorazione all'emallume-eosina, si rilevano tutte le note di un connettivo di granulazione in fase più o meno avanzata di sviluppo.

Di fatti, vi sono punti in cui l'evoluzione fibro-plastica giunge fino alla metamorfosi sclero-fibrillare e punti in cui la proliferazione flogistica ha ancora i caratteri del connettivo embrionario: infiltrazione parvicellulare diffusa, poliblasti e fibroblasti in fase di cariomitosi; e fra questi due estremi, tutte le gradazioni intermedie dell'evoluzione cicatriziale. Dove il connettivo prende un'apparenza areolare, esso in realtà somiglia, come nel lavoro del Bivona afferma il dott. Soli, al parenchima pulmonare e le cavità sono ripiene di una sostanza che assume bene i colori acidi di anilina (eosina). I vasi sono quasi sempre di calibro relativamente grosso, le loro pareti sono ispessite in maniera assai sensibile.

Se si pensi che l'olio di vasellina correntemente in uso contiene per lo meno tracce di benzina e di petrolio, non stupisce affatto questa violenta reazione infiammatoria asettica che l'iniezione produce. È ben noto il potere flogistico della benzina e sono noti i flemmoni provocati dalle iniezioni di questo idrocarburo.

Quanto all'evoluzione dei noduli pseudo-blastomatosi, assai di rado (una volta sola) ho avuto occasione di vederli evolvere verso la fusione purulenta come comuni tumori infiammatori; e in questo caso il cavo che risultò dopo l'eliminazione del pus guarì con lentezza esasperante. Ordinariamente essi restano immutati nei loro attributi clinici; spesso sono sede di dolori ricorrenti e di un senso di tensione e di pesantezza gravativa.

Tanto ho voluto dire per rispondere alla frase enunciata dal Bivona, che cioè sarebbe di grande interesse scientifico il conoscere la natura del liquido iniettato; mentre ringrazio cotesta Spettabile Direzione dell'ospitalità che vorrà concedermi.

Prof. Luigi Caforio
Docente di patologia chirurgica
nell'Università di Napoli

SUNTI E RASSEGNE.

SIFILOGRAFIA.

La sifilide del sistema nervoso e la sua cura.

(P. Levy. *Gazette des Hôpitaux*, 1920, n. 65).

Al pari delle manifestazioni cutaneo-mucose sifilitiche, le localizzazioni nervose di tale malattia occupano il primo posto ed è naturale che se ne discuta date le recenti acquisizioni biologiche dei *virus neurotropi e dermotropi* e data l'importanza della questione terapeutica ora utile, ora no, nel trattamento della sifilide del sistema nervoso.

Il Levy passa al crivello della critica le discussioni in proposito avvenute alla « Société de neurologie ».

Perchè — l'A. si domanda — alcune sifilidi nervose cedono alla triade mercurio, arsenico, ioduro, ed altre resistono? Influiscono forse la durata, la continuità della cura, il momento della cura? od hanno importanza forse nell'evoluzione del morbo il modo di combinazione dei medicamenti, la loro formula chimica, la via utilizzata, le dosi infine? che vi siano sifilidi nervose inattaccabili dalla terapia cui attribuire tabe e paralisi generale? possiamo ammettere forme benigne spontaneamente guaribili?

Volendo riassumere tali questioni, possiamo dire che le nuove acquisizioni riguardano:

1° Le recenti concezioni microbiche della sifilide.

2° Le forme cliniche.
3° La diagnosi sierologica.
4° La cura.

I. *Nuove concezioni microbiche della sifilide.* — Si è affermata l'esistenza di due specie di treponemi: uno a virus dermotropo colpente esclusivamente pelle e mucose, l'altro a virus neurotropo fissantesi sui centri nervosi.

L'osservazione clinica sembra convalidare tale teoria dualistica, e Morel, Hallopeau, Fournier citano casi di individui contaminati dalla stessa persona, divenuti tabetici o paralitici. Altri citano il fatto che in Oriente gli indigeni sono frequentemente colpiti da sifilide ulcerosa della pelle, quasi mai da localizzazioni nervose.

Si è notato anche che le sifilidi dei tabetici e dei paralitici sono ordinariamente sifilidi mute cioè con scarsi accidenti cutanei, che d'altra parte vi sono casi di sifilide nervosa in sifilitici esemplarmente curati fin dal primo giorno come esistono in altri in cui l'accidente iniziale è passato inosservato.

Marie e Levaditi hanno sperimentalmente dimostrato la possibilità della reinfezione e affermano che « gli animali che guariscono dopo aver presentato le lesioni locali provocate, sia dal virus dermotropo, sia dal neurotropo e che hanno perciò conseguito uno stato di refrattarietà verso il treponema omologo, continuano ad essere recettivi di fronte al virus eterologo ».

Contagio similare, sifilidi indigene, sifilidi mute, cure inefficaci, resifilizzazione: ecco gli argomenti addotti in pro del dualismo sifilitico.

Ma la sifilide sperimentale del coniglio non è quella dell'uomo (Sicard); non è dimostrato che *tutti* gli individui infettati alla *medesima sorgente* sono colpiti tutti dalla stessa varietà di sifilide: come è dimostrato che l'Europeo può contrarre una sifilide nervosa alla stessa fonte ove l'Indigeno ha contratto la sua sifilide dermotropa.

È però vero che le sifilidi dei tabetici e dei paralitici sono mute nelle loro manifestazioni cutaneo-mucose — e perchè non ammettere che la disposizione della mucosa buccale a dar luogo a sclerosi, può manifestarsi sul sistema nervoso?

Più importante è l'argomento della terapia: senza dubbio esistono sifilidi che intensamente trattate fin dai primi giorni evolvono fatalmente verso la tabe o la p. p. Ma non possiamo forse citare altre malattie refrattarie allo specifico medicamento? Non esistono forse dei malarici per nulla influenzati dal chinino?

D'altra parte è vero che divengono tabetici individui che poco hanno curata la loro sifilide in quanto insignificanti ne sono state le manifestazioni.

Come perciò la clinica stessa può invocarsi contro la dualità dei virus, così dagli esperimenti risulta solo apparente tale dualità — alla stessa guisa che sperimentalmente può ottenersi uno stafilococco il quale inoculato lede le sole articolazioni (Besançon e Griffon) si può dire che il treponema, in condizioni speciali può localizzarsi alla cute, colpire il sistema nervoso, ledere le arterie. Non è ciò dualismo ma sono le vecchie nozioni della virulenza microbica, del terreno, mascherante ancora la nostra ignoranza, che ritornano: — la sifilide colpisce tutti i sistemi, è una malattia *totius substantiae*, a carattere setticemico: dermotropa è sempre neurotropa nel periodo secondario (cefalea, rachialgia, ecc.); nel terziario procede, come la malaria, a sbalzi, nell'intervallo dei quali il soggetto è apparentemente sano: forse lo spirochete, perduto il suo potere contagioso si localizza in centri di resistenza.

II. *Forme cliniche.* — Sicard distingue:

1) La sifilide nervosa arteriale primitiva.
2) La sifilide nervosa parenchimale.

Il germe arriva sempre per via vascolare, ma nel primo caso si fissa alle pareti dei vasi, nel secondo le traversa e va ad arrestarsi in pieno parenchima nervoso; nel primo caso meningo-vascolarite, trombosi, ectasie, rotture dei vasi; nel secondo tabe, p. p.

Però contro l'ipotesi della sifilide arteriale si può obiettare:

1° La eccezionale presenza del treponema nelle arterie colpite.

2° L'impossibilità di spiegare le osservazioni della sifilide midollare di Laney, ove erano sovratutto malate le pareti venose.

Contro la sifilide parenchimale Vincent e Sézary osservano:

1° Che la meningite latente precede spesso e da lungo tempo ogni localizzazione nervosa.

2° Che vi sono casi in cui una linfocitosi intensa e persistente, insensibile alla cura, precede di molti anni l'apparizione della tabe o della meningo-encefalite diffusa.

III. *Diagnosi sierologica.* — Le reazioni umorali sono:

1° La Bordet-Wassermann del sangue.

2° La Bordet-Wassermann del liquido cefalo-rachidiano.

3° La reazione citologica del liquido cefalo-rachidiano.

4° La reazione chimica del liquido cefalo-rachidiano.

5° La reazione dell'oro colloidale, o di Lange, molto delicata e spesso infedele.

Esaminando il valore di tali reazioni vediamo che la maggiore importanza deve darsi ad una Wassermann positiva nel liquido c. r. benchè Vincent l'abbia trovata positiva in tumori cerebrali. Minore importanza si deve dare ad una W. positiva nel sangue: un sifilitico può avere dei disturbi nervosi indipendenti dalla sifilide.

Criterio di assoluta certezza (Ravaut) è dato da una W. positiva del liquido c. r. con linfocitosi e plasmazellen.

La W. nel liquido c. r. sembra costante solamente nella p. p.; può essere assente nelle altre varietà di sifilide nervosa.

La linfocitosi rachidea sembra esser la regola nella tabe e nella p. p.

Poco valore ha la semplice albuminosi rachidea.

Mentre la cura sembra modifichi la W. nelle differenti varietà di sifilide nervosa, al contrario è senza azione sulla W. positiva dei p. p. In ogni caso la ricerca della W. e della linfocitosi nel liquido c. r. permette in assenza di ogni segno clinico, di rendersi conto dello stato del sistema nervoso.

La constatazione delle spirochete nel liquido che renderebbe certa la diagnosi è sfortunatamente eccezionale.

IV. *Cura*. — La sifilide, come altre malattie, può guarire spontaneamente ma non ce ne fideremo, pur ammettendo il fatto possibile: è un fatto raro come quello delle sifilidi resistenti ad un trattamento rigoroso e accuratamente condotto. Non inerzia quindi, nè scetticismo terapeutico! L'arterite non troppo avanzata, non trombosante, nè ectasica, senza rotture vascolari sarà bene influenzata, la meningite gommosa guarisce. La cura può portare ad un arresto della tabe (Babinski) od alla scomparsa di taluni sintomi: dolori folgoranti, disturbi urinari (Souques).

Quale il mezzo?

Con la comparsa dell'arsenico, si credette aver raggiunto la terapia *sterilisans magna*: pillole, iniezioni intravenose, o intramuscolari, frizioni; sali solubili, sali insolubili furono detronizzati. Se non che prescindendo pure dal fatto che Sicard ha già osservato più di 30 casi di sifilidi nervose croniche in soggetti trattati nel periodo secondario con iniezioni intravenose arsenicali a dosi progressive, sta il fatto che in materia di neurosifilidi l'arsenico solo non ha dato migliori risultati del mercurio, anzi vi sono forme in cui o l'uno o l'altro mostrano un'efficacia particolare. Ne viene dunque che è giudizioso associare ambedue i rimedi.

Si può fare una cura mercuriale seguita da una cura arsenicale o combinarle. Nella neurosifilide secondaria: mercurio e arsenico; così pure nelle forme terziarie provocanti una emiplegia o una paraplegia.

Non è così nelle lesioni antiche tipo scleroso, o nella tabe e nella p. p.

Le tabi all'inizio od in evoluzione saranno trattate come neurosifilidi recenti con la doppia medicazione ripetuta e prolungata.

Nelle p. p. niente mercurio — l'arsenico sarà meglio sopportato. Però non bisogna prendere per miglioramenti le remissioni spontanee che si osservano nel corso della malattia.

Queste le indicazioni: per la tecnica, si possono fare per 3 settimane una serie di iniezioni di sali solubili o di frizioni con un giorno di intervallo ogni settimana per una iniezione di arsenobenzolo a dosi progressive. Ovvero cominciare con una serie mercuriale solubile o insolubile: poi una serie arsenicale intravenosa o intramuscolare. Dalle esperienze di Sicard, Kohn Abrest e Paraf, la via sottocutanea è più efficace della intravenosa: l'impregnazione viscerale sarebbe più intensa, si evitano gli accidenti anafilattici, nitritoidi, e l'eliminazione è fortemente rallentata.

Tutte le altre vie, decantate per mettere a contatto l'arsenico coi centri nervosi sono dannose: così l'iniezione intracranica e intraventricolare. Quasi non è più raccomandata la via rachidea. All'infuori del mercurio e dell'arsenico non dimenticheremo nelle meningiti o nelle lesioni gommose l'ioduro di potassio ad alte dosi.

MONTELEONE.

Risultati favorevoli del trattamento della sifilide nervosa (paralisi generale e sifilide cerebro-spinale).

Relazione sulle condizioni di pazienti dimessi dall'ospedale da quattro o più anni.

(H. C. SALOMON. *Boston Medical and Surgical Journal*, 15 gennaio 1920).

La relazione tratta di 10 casi di sifilide nervosa, otto diagnosticati come paralisi generale e due come sifilide cerebro-spinale: nell'intento di dimostrare il risultato favorevole che può ottenersi col trattamento. L'età dei pazienti oscillava dai 27 ai 46 anni. I sintomi mentali erano spiccati in tutti: le manifestazioni diverse, in quanto che nella maggior parte predominava uno stato di disorientamento, di apatia, con amnesia, in altri una forma espansiva, con agitazione ed irritabilità.

Tra i sintomi fisici frequente era l'ineguaglianza delle pupille con reazione torpida alla luce: esistevano tremori, incoerenze nel discorso, emiplegia, abolizione dei riflessi in alcuni: un paziente fu colpito da *ictus* in modo transitorio.

La durata dei sintomi prima del trattamento variava da un minimo di due settimane ad un anno e mezzo.

Nove degli ammalati erano stati ricoverati come dementi, l'ultimo fu diagnosticato come paralisi generale. In uno dei pazienti la diagnosi di paralisi generale fu sostituita con quella di sifilide cerebro-spinale in seguito ai risultati del trattamento antispecifico. I sintomi mentali erano quelli della paresi. Degli otto casi di paralisi generale cinque sono attualmente a casa: tre sono apparentemente sani in modo perfetto, gli altri due, quantunque non stiano proprio bene, sono in grado di aver cura di loro e di vivere nella comunità. Due sono morti, un altro è nell'ospedale: questi ebbe un relativo benessere della durata di tre anni.

Uno dei due pazienti che morirono ebbe un periodo di miglioramento della durata di 18 mesi, durante i quali potè attendere alle sue occupazioni. Gli esami di laboratorio furono allora negativi. In due casi fu fatta diagnosi di sifilide cerebro-spinale (non paretica) con spiccati sintomi mentali. L'uno lasciò l'ospedale apparentemente in modo completo normale e con ricerche di laboratorio negative: è stato perduto di vista. L'altro è attualmente negativo dal punto di vista sierologico e mentalmente normale dopo quattro anni.

Degli otto casi diagnosticati paralisi generale, tre sono apparentemente sani, dopo quattro anni; due stanno abbastanza bene, da vivere fuori e aver cura di loro; l'altro, dopo un miglioramento della durata di più di tre anni, è attualmente in ospedale; due sono morti, avendo avuto delle remissioni per 18 mesi. Dei due casi diagnosticati come sifilide cerebro-spinale con sintomi mentali, l'uno è stato perduto di osservazione, l'altro è mentalmente normale e sierologicamente negativo.

Questa relazione induce a ritenere che è possibile di aiutare una parte dei casi di paralisi generale o sifilide cerebro-spinale con sintomi mentali e che *il trattamento intensivo è sistematico modifica la prognosi della paralisi generale.* Sembra incoraggiante che il risultato sia stato talmente buono per un periodo relativamente lungo.

Salomon conclude che la maggioranza dei casi di sifilide del sistema nervoso, sia la così detta sifilide cerebro-spinale, tabe dorsale, paralisi generale o altre forme, *hanno diritto al trattamento,* che avrà un effetto tanto più soddisfacente, quanto più sarà praticato in modo *intensivo e sistematico.*

La forma del trattamento, mercurio, jodio, arsenico per iniezioni intraspinose o intracraniale, e l'intensità, saranno in rapporto colle condizioni di ciascun paziente.

MOTTA.

DIAGNOSTICA.

Diagnosi dei neoplasmi intratoracici.

(MAURICE FISHBERG e M. STEINBACH. *Medical Record,* n. 13, 1921).

Gli autori riferiscono intorno a 33 casi di tumori maligni primari: dei bronchi, dei polmoni, della pleura, passati negli ultimi cinque anni nell'ospedale Montefiore di New York. Di questi 33 casi fu praticata l'autopsia in 16, ed in 3 fu praticata una biopsia chirurgica. La diagnosi fu posta esattamente, nell'ospedale Montefiore durante la vita, in tutti i casi all'infuori di uno.

Gli AA. per giungere alla diagnosi si giovarono dei metodi clinici, della storia, della sintomatologia del decorso e dei segni fisici, mentre gli altri sussidi diagnostici, le ricerche di laboratorio sugli escreati e gli essudati, la radiografia, servirono di semplice conferma. Questi 33 casi furono inviati all'ospedale Montefiore con le seguenti diagnosi: cancro del polmone 4; tubercolosi polmonare 13; pleurite con versamento od empiema 7; polmonite cronica 2; malattie di cuore 2; neurastenia 1; ascesso del polmone 2. L'insorgere insidioso con tosse, espettorato, dolori al torace, dispnea, febbre, emottisi, li fanno scambiare sovente per tubercolosi polmonare.

I versamenti pleurici, sierosi, ematici o purulenti, presenti nel 50 % dei casi, li fanno confondere con le pleuriti.

Nei periodi più avanzati quando i tumori si disintegrano si formano delle cavità ed i malati emettono uno sputo fetido, ci si può ingannare con un ascesso o gangrena polmonare.

Quasi tutti i pazienti con tumori maligni nel torace tossiscono ed espettorano sputo che non è dissimile da quello che emettono i malati di tubercolosi; ma il bacillo tubercolare non si riscontra in esami per quanto ripetuti dell'espettorato. L'emottisi in una metà circa dei casi è sintomo precoce.

Usualmente lo sputo è del tutto commisto a sangue e si presenta con l'apparenza di succo di lampone o di gelatina disciolta. In uno stadio più avanzato, quando la disinte-

grazione neoplastica è progredita, vi possono essere abbondanti emorragie polmonari.

Ma vi sono due sintomi precoci che molto difficilmente si mostrano nella tisi: cioè la dispnea ed i dolori al torace. È necessario pensare ad un neoplasma polmonare quando il paziente in un'età da cancro non mostrando sintomi di malattia cardiaca, renale e arteriosa comincia a tossire ed è asmatico. La dispnea cancerigna è dovuta all'occludersi di un grosso bronco per occlusione o per compressione.

Quando un bronco primario è ostruito da un tumore o la trachea è stirata, la dispnea può essere molto accentuata. Una morte improvvisa da asfissia è avvenuta in due dei nostri casi. Altri fenomeni da compressione si presentano allorchè i tumori si estendono sulla vena cava superiore, oppure si diffondono alle ghiandole mediastiniche lungo i linfatici.

Il risultato può essere un edema della parte superiore del petto, del collo, della faccia. La compressione del ventricolo destro può produrre dispnea, cianosi, edema dell'intero corpo. La compressione dell'esofago può produrre disfagia. La dispnea, a volte parossistica, si può presentare muovendo il corpo in certe direzioni. Lo stridore è molto raro.

Il dolore, unito alla dispnea è un sintomo costante. Esso è per lo più localizzato nella parte più bassa del torace, nella regione ascellare o nella spalla con irradiazioni alle braccia, avambraccia e punte delle dita. Tale dolore è sovente falsamente interpretato come causato da una pleurite o da una nevralgia intercostale. Però l'insorgere acuto, lo sfregamento pleurico, ecc., di una pleurite acuta, mancano. Inoltre in una pleurite con versamento il dolore migliora e scompare del tutto quando avviene il versamento, mentre in caso di tumore esso rimane o può divenire più accentuato dopo un versamento.

I pazienti che hanno varcato l'età media, che hanno dolore nel petto, con o senza versamento pleurico, debbono essere studiati accuratamente. La febbre può essere mite giungendo sopra a 37°.7 C. nel pomeriggio, mentre può mancare nella mattina. Può essere alta nei periodi più avanzati da 39°.9 a 40° C., continua, remittente o intermittente. Queste temperature in pazienti con tosse, espettorazione profusa, emottisi, con segni di lesioni circoscritte simulano squisitamente forme tubercolari avanzate. È per questa ragione che tanti casi furono inviati a noi con queste diagnosi. Ma molte volte l'esplorazione fisica del torace decide il problema diagnostico. Un ingrandimento delle glandole superficiale è un segno tardivo, e quando questo sintomo è riscontrato, il tumore del polmone è di regola molto esteso. Le glandole sono di solito riscontrate nel collo tra i capi dello sterno mastoideo, ed un'accurata palpazione è necessaria per porre in evidenza questi noduli duri ma piccoli, liberamente spostabili. Anche le glandole ascellari possono tardivamente essere ingrandite. Solamente in qualche raro caso avanzatissimo, le glandole inguinali sono ingrandite e questo è un segno di estese metastasi.

L'inturgidimento delle vene superficiali del petto e delle spalle è presente solo nei casi in cui sono avvenute metastasi nelle glandole mediastiniche, e questa evenienza è poco frequente. La diagnosi vien fatta dall'esplorazione fisica del torace e nella nostra esperienza questo metodo è stato molto più decisivo che qualunque altro.

In molti casi un piccolo nodulo neoplastico è più facilmente e celermente riconosciuto dalla percussione e dall'ascoltazione che non dalla radiografia. Noi abbiamo fatto soprattutto assegnamento sull'ottusità ottenuta con la percussione sopra il tumore, e la zona di ottusità è di regola molto più estesa che il volume del neoplasma perchè esso ostruisce un bronco. Questa ottusità si riscontra nel lobo superiore del polmone oppure è rappresentata da una linea a sghembo sul torace che segue i limiti del tumore e del bronco compresso. In pochi casi quando il tumore non occlude un bronco esso può essere delimitato dalla percussione che mostra una zona di ottusità estesa per pochi pollici dal margine sternale anteriormente o dalla spina posteriormente. A volte noi trovammo ottusità anteriormente mentre posteriormente il suono fu normale o appena ipersonoro. L'ottusità nelle parti più basse del torace comunemente indica versamento pleurico o ispessimento pleurico; nel lobo superiore l'ottusità può simulare una lesione tubercolare. Ma le lesioni tubercolari del lobo superiore danno un suono smorzato, ma non ottuso: ciò è sempre da tenersi presente alla mente.

L'ascoltazione mostrerà debolezza o addirittura assenza del murmure vescicolare quando un bronco è ostruito. Nei casi in cui il tumore è nel lobo superiore l'assenza del murmure vescicolare mostra che noi non abbiamo a che fare con una lesione tubercolare nella quale il suono alla percussione non è mai ottuso e nella quale quasi sempre il murmure vescicolare è un po' alterato: bronco-vescicolare, bronchiale o cavernoso.

Nei casi con ottusità circondante a sghem-

bo la metà più bassa del torace, l'assenza del murmure vescicolare indica un versamento pleurico o interlobare o generale. L'assenza di rumori accessorî nei casi di localizzazione nel lobo superiore, dimostra che noi non abbiamo a che fare con la tubercolosi, mentre nei casi di localizzazione nel lobo medio ed inferiore indica ancora un versamento pleurico. Ugualmente avviene per il fremito vocale il quale è debole o più comunemente assente sopra la zona affetta.

Con tutto ciò la storia del caso è usualmente sufficiente ad escludere un versamento pleurico: l'insorgere acuto manca e la persistenza o l'aggravamento del dolore nel torace fa pensare al tumore.

In molti casi il tumore non ostruisce completamente il bronco, ma solamente lo comprime e l'aria può appena passare attraverso il tubo ristretto; in questo caso noi ascoltiamo un respiro bronchiale o anche anforico il quale è stato chiamato da qualche autore « cornage ». Il versamento pleurico che si presenta nel 50 % dei casi aumenta le difficoltà diagnostiche. Se la puntura esplorativa mette in evidenza del *pus* si esegue l'operazione ed il chirurgo si meraviglia perchè dopo settimane di drenaggi accurati non v'è tendenza all'espansione del polmone o al rimarginarsi della ferita. I versamenti sintomatici si accumulano molto rapidamente e riempiono completamente il torace, mentre i versamenti infiammatori riempiono solamente una parte del torace e raramente giungono alla 4ª o 3ª costola.

È necessario pensare ad un tumore polmonare quando una parte del torace è ottusa alla percussione e presenta una resistenza caratteristica alle dita esploratrici, dalla clavicola alla base. Nella disamina dei più comuni sintomi, frequenti in altre malattie dei polmoni e della pleura i seguenti concetti debbono essere tenuti in conto: le glandole ingrossate del collo possono essere dovute al cancro del polmone, alla tubercolosi o al morbo di Hodkin. Si conoscono le caratteristiche delle glandole del morbo di Hodkin mentre le glandole tubercolari hanno una caratteristica che ricordata risparmia molti errori.

I pazienti con glandole tubercolari ingrandite nel collo, quasi mai hanno i segni di un focolaio attivo nei polmoni, mentre quando le glandole son dovute a tumori maligni noi riscontriamo estese alterazioni nei polmoni. Facilmente si esclude la cancrena e l'ascesso polmonare per la mancanza di precedenti malattie infiammatorie acute dei polmoni; specialmente polmonite, che facilmente sono causa di queste malattie. In 3 casi le cellule cancerigne furono trovate negli sputi; però si ricordi che cellule non dissimili da quelle di tumori maligni possono essere trovate negli sputi dei pazienti sofferenti di comuni malattie dei polmoni, dei bronchi, della gola. L'esame degli essudati pleurici è stato di poco valore, essi sono frequentemente ematici: di 21 versamenti 4 furono ematici. Il versamento può essere purulento.

Di grande utilità per la diagnosi è stata la radiografia, ma in molti casi questa ha dato esito negativo. Un piccolo tumore può sfuggire all'esame radioscopico, mentre i tumori grandi e di medio volume appaiono chiaramente sulla lastra come ombre omogenee ben definite; in qualche caso non vi è linea di demarcazione e allora è possibile confonderla con altre malattie polmonari. Per esempio, un versamento interlobare può essere perfettamente simulato da un tumore polmonare. Ugualmente una carcinomatosi miliarica non può essere differenziata da una tubercolosi miliarica sopra la lastra radiografica. Quando esiste il liquido pleurico questo nasconde il tumore ed il radiografo non può far altro che segnalare il versamento.

Questa concomitanza è quella che fa commettere maggior numero di errori diagnostici.

Gli AA. nei casi di versamento vuotarono le pleure del liquido e subito dopo eseguirono la radiografia.

RADOGNA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

E. ESCAT: *Technique oto-rhino-laryngologique sémiotique et thérapeutique.* — Paris, Maloine, 1921, 3ᵉ éd., di pag. 776, con 488 fig.

La rapida ascesa di questo libro è meritata: in esso eccellono le doti eminenti negli scrittori francesi, cioè la chiarezza, il senso clinico, l'efficacia della rappresentazione narrativa e grafica. Il pratico può trovare in questo manuale una guida sicura di tutti i mezzi di esame e di cura dell'oto-rino-laringoiatria moderna, che sono divenuti molto complessi e sovente difficili.

Nella terza edizione vennero aggiunti dei nuovi capitoli, in gran parte derivati dalla esperienza di guerra, come quello relativo alla diagnosi medico-legale, alla simulazione, ecc.

Un lato caratteristico e proprio di questo manuale è pure la ricchezza delle figure schematiche, spesso veramente felici, e che hanno evitato all'Escat delle lunghe descrizioni. Molte di esse riguardano modelli di strumenti

ideati dall'A., come il rinometro, la lampada retro-mascellare, il tubo per le aspirazioni laringee, la siringa da idrotomia, la pinza per polipi diffusi al meato medio e alla fessura olfattiva, il tubo laringeo per tamponamento emostatico in faringe, lo scarificatore laringeo, la pinza da fibromi, un papillotomo laringeo, una pinza da estirpazione della tonsilla linguale, un esofagotomo, ecc.

Se mi fosse concessa una critica, consiglierei all'A., in un'ulteriore ristampa, di far meglio risaltare gli ostacoli inevitabili e talora gravi, che si frappongono alle manualità che egli così bene ci rappresenta. La dovizia degli schemi e l'intonazione prettamente didascalica del suo libro in qualche punto forse portano all'esagerazione del metodo: nel senso che, nel desiderio di rendere tutto facile e piano, tolgono l'esatto giudizio della reale difficoltà che incontriamo in certe manovre delicate e indaginose, in interventi ardui e pericolosi. Qui tutto scorre così spontaneo, che il pratico il quale si affidasse senza critica a tecnica tanto seducente, potrebbe averne delle amare delusioni. G. BILANCIONI.

C. H. MAY, E. H. OPPENHEIMER. *Grundriss der Augenheilkunde*. Seconda edizione tedesca. Berlino, 1921. Augusto Hirschwald.

Il fortunato manuale di oculistica del May ricompare in una seconda edizione tedesca, per opera del dott. Oppenheimer. La traduzione riproduce molto bene la struttura facile e schematica di questo piccolo trattato, ma nesuna modificazione od aggiunte sostanziali vengono fatte all'opera originale.

I disegni e le tavole colorate che adornano il testo sono le stesse dell'antica edizione Americana. In Italia il trattato è noto nelle varie edizioni del prof. Trombetta, l'ultima delle quali (del 1917), oggi completamente esaurita, è molto più completa di questa tedesca, perchè arricchita di numerose aggiunte, riguardanti gli studi più moderni di semeiologia, patologia e clinica oculare e contiene inoltre l'indicazione dei metodi più moderni e razionali di terapia chirurgica, in gran parte inspirati ai metodi della scuola oculistica di Roma.

MAGGIORA.

PAOLO GAIFAMI. *Operazioni Ostetriche* (con schemi di terapia ostetrica). II ediz. Roma, Libreria della Sapienza, via dei Sediari 75, anno 1921, prezzo L. 15.

In questo volume l'A. ha, sotto forma di dispense, condensato il suo corso di operazioni ostetriche. Diciamo condensato in stile tacitiano; l'argomento è trattato chiaro e completo, dando precetti brevi, sfrondati di ogni parola superflua e senza fare sfoggio di erudizione e di teorie, che poco importano al pratico. È un libro dedicato agli studenti, ma non per la preparazione agli esami, bensì come avviamento al pratico esercizio.

In esso si trovano tutte le avvertenze, anche minime, che si debbono osservare e che in gran parte sono desunte da una lunga pratica e dalla continua, attenta e minuta osservazione dei singoli casi. Il medico pratico vi troverà tutto quanto occorre per portare alla donna che si affida a lui e che ha bisogno urgente di aiuto, tutti quei soccorsi che l'arte suggerisce, e che fedelmente seguiti daranno sempre risultati brillanti quali sono da attendersi dalle moderne conquiste della scienza ostetrica.

La trattazione delle operazioni è completata da una chiara esposizione di schemi di terapia ostetrica in cui sono contenute le indicazioni degli atti operativi descritti nella prima parte e tutte le cure sussidiarie da dare alla partoriente nei vari casi, dai più semplici ai più difficili.

Ci auguriamo che l'A. voglia arrivare alla riproduzione di questo volume in veste tipografica, che eviterà le molteplici mende della litografia e renderà a tutti e specialmente ai medici pratici servigi preziosi.

f. b. l.

F. LUZZATTI, incaricato dell'insegnamento ufficiale. *Lezioni di Clinica Pediatrica*. Roma, Via Uffici del Vicario 43. *Alleanza Cooperativa tra professori e studenti per l'alta cultura*.

L'A. riunisce in singoli capitoli i vari argomenti trattati nelle sue lezioni di Clinica Pediatrica durante il corrente anno accademico 1920-21.

Per la scelta degli argomenti più strettamente pratici, in rapporto alla Pediatria, trattati con quella competenza che è propria dell'A., questa pubblicazione, che sarà completata presto, non solo riuscirà guida preziosa agli studenti, ma sarà consultata con profitto da quanti medici pratici sentono il bisogno di seguire i progressi di questa importante branca della Medicina.

(L'opera completa consterà di oltre 50 dispense di cui ne sono uscite 40. Prezzo, L. 0.50 l'una).

S.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Convegno d'Igiene Sociale della Liguria.

(Genova, 29-30 giugno).

La protezione della prima infanzia.

D. PACCHIONI. — Il problema va affrontato dal duplice punto di vista di combattere la diminuzione della natalità e di assicurare la sopravvivenza dei nuovi nati. A tale scopo è necessario: 1º Curare l'elevazione spirituale delle famiglie, mediante un'educazione basata sul riconoscimento dei valori morali. 2º Reprimere l'aborto provocato, mediante inasprimento delle disposizioni del Codice penale. 3º Proteggere la gestante (interdizione del lavoro negli ultimi mesi, Casse di maternità). 4º Regolare l'allattamento: diffondere quello materno, applicare rigorosamente la sorveglianza sul baliatico, istituire spacci di latte assolutamente puro, fondare dispensarî per lattanti ed opere affini. 5º Riordinare i brefotrofî, affidando la direzione a specialisti pediatri. 6º Diffondere l'educazione pediatrica fra i futuri medici, le allieve levatrici, le allieve delle scuole normali, ed istituire riparti od ambulatorî pediatrici in tutti gli ospedali. 7º Generalizzare dovunque la sorveglianza igienico-sanitaria delle scuole.

La tutela ed il miglioramento fisico della fanciullezza attraverso la scuola.

RAGAZZI M. — La scuola è l'unico luogo ove si possono avere sottomano tutti i fanciulli, per esaminarli, consigliare ed applicare le opportune misure, tanto più efficaci per la giovane età. È quindi indispensabile dare pratica applicazione ai postulati dell'igiene scolastica. Per ciò si deve incominciare a fare rispettare le disposizioni già esistenti (visita medica almeno una volta al mese), spronare i Comuni, dove già esistono servizî di igiene scolastica a perfezionarli e migliorarli, fornendo un adeguato numero di medici scolastici e vigilatrici sanitarie, e sviluppando le opere parascolastiche. Fra i medici si dovrà promuovere la coltura in questo campo, mentre si otterrà l'attiva collaborazione dei maestri, che rappresentano uno dei principali mezzi per l'educazione igienica. Per arrivare a questo concorreranno l'azione delle autorità sanitarie (scolastiche e provinciali), degli Ispettori scolastici, lo stimolo a medici e maestri per mezzo di gare, concorsi, acquisti di materiale dimostrativo, l'aiuto di un ufficio di consulenza tecnica.

La lotta contro le malattie sessuali.

RADAELI F. — Comprende: *a) La propaganda.* Combattere il pregiudizio che l'astinenza sessuale sia dannosa alla salute, ed allontanare quindi gli uomini dalle occasioni di contagiarsi, indirizzandone l'attività verso gli sport. Far conoscere la gravità delle malattie veneree, il dovere di non trasmetterle (specialmente col matrimonio: visita preventiva). Diffondere le conoscenze circa la profilassi individuale e la necessità di farsi curare esclusivamente dal medico. Come mezzi di propaganda, si consigliano conferenze, affissione di diagrammi, figure, cartelli nei laboratori, orinatoi, case di tolleranza.

b) Mezzi di cura per la Liguria. Creare in Genova un nuovo dispensario, in località centrale, aperto nelle ore abituali di riposo degli operai ed impiegati, nonchè la sera e la domenica, dotato di tutti i mezzi di diagnosi e di cura. Fondare altri dispensarî in altre città ed anche dispensarî ambulanti per centri meno importanti: dotare di congruo numero di letti le sale celtiche di ospedali con separazione delle prostitute dalle non prostitute, dei venerei dai celtici.

c) Sorveglianza sulla prostituzione. Migliorare le condizioni igieniche delle case di tolleranza, ed istituirvi un locale adatto per la visita; il medico fiduciario dovrebbe essere uno specialista competente. Mantenere l'osservanza del decreto luogotenenziale agosto 1915.

d) Curare l'applicazione delle disposizioni sul baliatico mercenario e combattere ad oltranza il ciarlatanismo.

L'ospedalizzazione dei tubercolosi.

CROSSONINI E. — Il ricovero dei tubercolosi in luoghi speciali è specialmente utile, agli effetti profilattici negli stadii avanzati. Gli ospedali ed i riparti per tubercolosi, in Liguria, sono del tutto insufficienti; occorre quindi che Opere pie e Comuni provvedano all'apertura di un maggior numero di tubercolosari, o di speciali riparti in ospedali. È da incoraggiarsi l'apertura di case di salute per tubercolosi agiati.

La lotta contro l'alcoolismo.

RAMOINO G. B. — Il consumo dell'alcool è in continuo aumento; l'abuso, specialmente dei liquori, tende ad estendersi anche fra le classi medie degli impiegati e degli operai colti; è necessario quindi tentare di circoscrivere l'uso dell'alcool al di là di certi limiti mal definiti.

Qualunque azione di propaganda ha ben poca probabilità di successo in alcuni gruppi di individui od in alcune categorie di lavoratori; poca garanzia di efficacia hanno le misure repressive legali (chiusura domenicale, inasprimento delle tasse, ecc.). Conviene limitare l'azione fra le classi in cui l'abuso dell'alcool è di importazione più recente e sopratutto fra i giovani. Alla semplice sanzione morale, va sostituita la chiara nozione dei danni dell'alcool e dei vantaggi della astinenza. A questo si provvederà esigendo dal Governo che l'insegnamento dell'igiene venga a far parte della istruzione primaria e secondaria, eccitando i municipii a fare opera di propaganda, e favorendo la costituzione di comitati di educatori, filantropi e medici, i quali svolgano la loro azione specialmente presso le società sportive, i circoli giovanili, le Università Popolari, le varie associazioni. Nè va dimenticata l'istruzione delle donne allo scopo di evitare l'uso dell'alcool durante la gravidanza e l'allattamento e la somministrazione di vino ai bambini ed agli adolescenti. *fil.*

Società di Medicina legale di Roma.

Sedute del 2 febbraio, 5 marzo e 23 aprile 1921.

La Società si occupa della vertenza del prof. Ascarelli col dott. Sciolette, di cui il nostro giornale ha trattato di già in precedenza.

Sull'attività enzimatica dei muscoli di alcune mummie.

Dott. BOLDRINI BOLDRINO. — L'O. ha ricercato nei muscoli di mummie peruviane (secolo XVI, XVII), di mummie naturali di Ferentillo (di circa un secolo) e di mummie artificiali preparate da circa tre anni col metodo Lo Monaco, l'attività proteolitica, lipolitica e glicolitica.

Le mummie recentissime artificiali contengono tutte e tre gli enzimi, le mummie di Ferentillo contengono lipasi e glicasi, le mummie peruviane solo glicasi, come pure glicasi ha trovato Sehrt nelle mummie egiziane.

L'O. conclude che di fronte a tanta diversa resistenza dei diversi enzimi all'azione del tempo, possa supporsi una notevole differenza di costituzione degli enzimi stessi.

Diagnosi della albumina umana di farina di femori centenari colla siero precipitazione e colla deviazione del complemento.

Dott. BELLUSSI. — Da femori di tombe di più di cento anni di una Confraternita romana ricavò la farina, che macerò per un mese nella quantità di 30 gr. su 100 c. c. di soluto fisiologico. Col filtrato allestì la prova precipitante e la deviazione del complemento usando antisiero umano attivo all'1:80,000, sistema emolitico composto di siero di coniglio, globuli di montone e complemento di cavia.

Per tutti i femori (7) ottenne deviazione del complemento per alcuni molto netta, per altri meno: la prova precipitante allestita coi filtrati limpidi riuscì positiva in tre femori.

In tutti i femori meno che uno riuscì positiva la reazione del biureto.

Dott. B. BOLDRINI. — Comunica su di un *nuovo termo-regolatore elettrico* il quale per la sua semplicità ed esattezza di funzionamento dà ottimi risultati pratici superiori a quelli ottenuti con altri consimili apparecchi finora ideati.

Potere catalitico e perossidasico del sangue.

Dott. A. BELLUSSI. — In una serie di prolungate e ripetute ricerche, dirette a mettere in evidenza la reciproca influenza dei diversi catalizzatori metallici e del catalizzatore sanguigno, l'O. è riuscito a dimostrare che i vari catalizzatori metallici (Cu, Fe, Pt, ecc.), specie allo stato colloidale, hanno la proprietà di attivare il catalizzatore sanguigno, operando con diluizioni dei rispettivi catalizzatori *di per se stesse* non più capaci di manifestare azione catalitica evidente ed evitando la azione della somma coll'impiego di metà della rispettiva dose di per se stessa non più capace di esercitare azione catalitica.

Le prove furono fatte su composti della serie aromatica (fenolo-pirogallolo-resorcina-idrochinone-timolo-guaiacolo-piramidone, ecc.).

L'attivazione si osserva anche pel sangue cotto e decolorato. Le sostanze della Serie fenolica difficilmente ossidabili sono più agevolmente ossidati dal sangue in presenza del catalizzatore metallico.

L'O. in queste ricerche utilizza il catalizzatore metallico, che fino ad ora ha infirmato la specificità delle reazioni chimiche del sangue, per la rivelazione del sangue stesso, dato, come avviene in tutti i fenomeni immunitari, che si può parlare di specificità solo nei rapporti quantitativi, e trova un parallelismo tra i fenomeni osservati e quelli immunitari, tenuto conto della odierna tendenza a spiegare i detti fenomeni come reazioni colloidali vere e proprie.

Il terzo perito nel Codice di P. P. e nella pratica.

Dott. G. MASSARI. — Dopo una breve rassegna delle vicende che dettero luogo all'art. 221 del vigente codice di procedura in sostituzione dell'art. 155 del vecchio codice, passa ad illustrare gli inconvenienti che derivano dalla attuale disposizione procedurale per quei casi nei quali il dissenso peritale verte su fatti obbiettivi, su costatazioni di fatto che rimangono alterate dal ritardo dell'intervento del terzo perito.

L'O. si augura che nella lontana revisione della vigente procedura l'articolo suddetto sia modificato nel senso che in casi di assoluta urgenza e quando il ritardo nuoccia agli interessi della giustizia la nomina del terzo perito in linea eccezionalissima possa essere fatta anche dal Giudice che procede agli accertamenti generici.

L'oratore poi nota che nella pratica gli inconvenienti inerenti all'articolo stesso aumentano.

I criteri adottati nella scelta del terzo perito non rispondono sempre allo spirito della legge e alle disposizioni dell'art. 209 del C. P. P., inoltre non sempre è evidente dagli atti procedurali il punto di divergenza dei due periti che può essere quindi nota al giudice, ma non risulta chiaro al magistrato superiore ed allora il terzo perito chiamato a derimere la controversia può effettivamente essere incompetente e quindi poco attendibile il suo giudizio. Sotto questo rispetto l'oratore ritiene la legge non osta nè le prerogative presidenziali possono ritenersi menomamente toccate se si introducesse l'abitudine di chiarire in rapporto a parte il punto della vertenza e di far presente a chi deve procedere alla nomina del terzo perito l'attitudine speciale che questi dovrebbe avere, e cioè, in altri termini, se occorresse l'opera più del medico legale che del traumatologo, più quella del ginecologo che quella dell'anatomo-patologo. Ciò specialmente quando circostanze di luogo dànno l'opportunità di poter avere a disposizione le varie categorie di specialisti.

L'oratore conclude che mentre al primo ordine di inconvenienti può provvedersi solo con una riforma del codice, il secondo ordine di inconvenienti può essere rimosso nella maniera da lui indicata senza ledere in nessun modo le disposizioni di legge e le prerogative del magistrato. A. S.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMIOTICA E CASISTICA

Il fenomeno di Korányi.

Il fenomeno di Korányi si rende evidente (H. Faschingbauer e H. Nothnagel in *Wien. Klin. Wochenschrift*, n. 5, 1921) nella percussione comparativa degli apici polmonari in posizione eretta e in posizione piegata in avanti; esso permette di constatare delle riduzioni di suono minime. Se i polmoni sono sani, il limite superiore dell'apice arriva, nella posizione flessa in avanti, più in alto della linea segnata sulla pelle come limite superiore dell'apice in posizione eretta (in seguito alla dilatazione passiva dei segmenti polmonari posteriori, e alla penetrazione dell'aria scacciata dai segmenti anteriori compressi in tale posizione, la dilatazione degli apici sorpassa lo stiramento della pelle, il limite superiore si innalza); mentre esso rimane allo stesso livello di tale linea, o, anzi, scende più in basso quando gli apici sono ammalati.

L'apice addensato o aderente alla parete toracica ha perso la proprietà di distendersi in posizione flessa, più fortemente che la pelle del dorso, la distensione del polmone e quella della pelle vanno di pari passo (il limite superiore dell'apice rimane quello che era in posizione eretta), oppure la distensione del polmone rimane inferiore a quella della pelle (il limite polmonare superiore apparentemente si abbassa).

POLLITZER.

Importanza, conseguenze immediate e natura della congestione interlobare latente (linea sigmo-spiraloide).

La linea sigmo-spiraloide rappresenta (Ahn-Linkebeek: *Le Scalpel*, 1920, n. 51) per il pratico l'espressione più netta e forse più sicura della resistenza individuale alle malattie infettive delle vie respiratorie in generale, ed in modo speciale alla tubercolosi. Costituisce un sintoma obiettivo misurabile e si può affermare che l'ottusità è tanto più notevole, tanto più completa, tanto più larga, quanto più precario è lo stato del paziente.

Si sa che il polso già può fornirci utili nozioni sullo stato dinamico di un malato: in base ad esso possiamo stabilire una certa prognosi, ma vi sono tuttavia dei malati che malgrado una pressione arteriosa sufficiente, malgrado il miglior rendimento alimentare, offrono una mediocre resistenza alle infezioni.

Il neonato fin dai primi atti respiratorii introduce dei germi i quali, secondo quelle stesse leggi che governano i nostri elementi cellulari, colà si moltiplicano ove trovano un terreno favorevole: gli elementi cellulari entrano immediatamente in lotta con i microrganismi introdotti nelle vie respiratorie. Tutte le forze dell'economia sono mobilizzate e ciascun gruppo cellulare lavora nel settore ad esso assegnato, in intima collaborazione con gli altri organi. Questa lotta è segnata da un equilibrio instabile che è rotto talora a spese dei microbi, talora a spese dell'individuo: in quest'ultimo caso si manifestano i primi segni della congestione interlobare.

L'apparecchio respiratorio subisce quindi il primo attacco dei numerosi germi contenuti nell'aria; per i movimenti respiratorii i microrganismi sono però proiettati sulla mucosa finchè, come è dimostrato dalle esperienze di Hesse, a poco a poco l'aria si sbarazza dei microbi e oltrepassata la prima divisione bronchiale è sterile.

Seguiamo la sorte dei microrganismi: la maggior parte di essi imboccano le vie linfatiche, altri sono brutalmente respinti dalla acquistata immunità ed ipersensibilità, altri infine sfuggiti alla distruzione operata dai linfociti, progrediscono, a guisa di un processo erisipelatoso, verso i bronchi ed i bronchioli ad ingrossare il numero di quelli già fissatisi nei gangli bronchiali od intrabronchiali. La lenta progressione non dà sempre luogo a tosse o ad oppressione, ma è facile a verificarsi nelle persone le cui condizioni fisiologiche sono incompatibili con una fortunata acclimatazione

Se vogliamo renderci conto dello stato dei polmoni, cioè delle infiammazioni latenti, involutive od evolutive, basta cercare se esiste un'adenopatia: la difficoltà di ricercare tale adenopatia con gli abituali procedimenti clinici è la causa principale dell'importanza che hanno assunto in tal campo i raggi Roentgen: di qui il valore della ricerca percussoria della linea sigmo-spiraloide.

Nella tubercolosi confermata la linea sigmo-spiraloide esiste sempre, e nella prognosi assume la più grande importanza: se dessa è completa e se presenta una larghezza di **6** o di 8 centimetri, si prognosticheranno, malgrado il polso rassicurante, incidenti spiacevoli che altrimenti cercheremmo di spiegare come accidenti fortuiti ed impossibili a prevedere.

Nel corso della terapia la linea sigmo-spiraloide ha una notevole importanza. Si sa che il pneumotorace artificiale non è realizzabile se non con l'integrità assoluta dell'opposto lato,

o per lo meno in assenza di lesioni di cui è a temere una repentina evoluzione in seguito all'iperfunzione compensatrice.

Cercate in tal caso la linea interlobulare: essa può fornire preziose indicazioni.

Per quanto riguarda la ginnastica respiratoria, essa è formalmente controindicata allorchè la linea sorpassa la piccola curva del sigma, ed anche allora bisogna esaminare frequentemente il malato per imporre il riposo al minimo aggravamento.

Durante la convalescenza, la congestione interlobare persiste per molto tempo in segmenti, dopo la cicatrizzazione della lesione: importanza capitale assume qui quindi la sua estensione.

La congestione interlobare trascurata non ha in ogni caso, malgrado l'identica sintomatologia, la stessa fine; una frequente conseguenza è la pleurite parietale. Nella maggior parte dei casi il tessuto polmonare soccombe all'azione distruttrice dei bacilli di Koch, che poterono fissarsi sia nel tessuto polmonare, sia nell'interlobo, e l'evoluzione tubercolare comincia. Altre volte, per la cronicità dello stato infiammatorio, i gangli dell'ilo hanno il tempo di prepararsi ad una rottura ed a versare il loro contenuto sulle pleure.

La congestione interlobare trascurata può infine portare ad uno stato asmatico cronico, ravvicinabile all'asma tracheo-bronchiale di Joal.

Nella maggior parte dei casi la congestione interlobare è di natura infiammatoria e deriva dalla presenza di microrganismi, specialmente nei segmenti: in favore di ciò parla la lentezza con la quale l'ottusità scompare, particolarmente a livello dei segmenti, in alcuni malati allorchè si trovano nelle migliori condizioni igieniche: parla poi per la natura infiammatoria il trovare frequentemente, sia sopra che sotto la linea sigmo-spiraloide, piccole zone caratterizzate da subottusità, sensibilità, aumento della temperatura locale.

In un piccolo numero di casi la natura sembra essere tossica, in altri la congestione interlobare è di origine passiva: asistolica, adinamica o edematosa.

Monteleone.

Contributo alla diagnosi differenziale tra la pneumonite caseosa e la tubercolosi produttiva secondo il metodo di Ballin.

Il metodo di Ballin (K. Freundlich, *Berl. Klin. Wochenschr.*, n. 15, 1921) si basa sull'osservazione delle fibre elastiche nello sputo dei tubercolosi. Nello sputo di ammalati di tubercolosi caseosa (come pure di ammalati di altre forme morbose [ascessi o gangrena polmonare] nelle quali si ha la rapida distruzione di tessuto polmonare) le fibre elastiche conservano la struttura alveolare, mentre nello sputo di ammalati di forme tubercolari produttive le fibre elastiche giacciono a ciuffi o senza alcuna disposizione regolare. L'A. trovando incompleto il controllo necroscopico nei casi di Ballin, ha cercato di colmare tale lacuna. Il metodo usato era il seguente: a 10 ccm. di sputo mescolava 10 cmc. di potassa caustica al 10 % riscaldando e scuotendo la miscela fino ad ottenere una completa liquefazione dello sputo, aggiungeva alla miscela un volume 3 volte maggiore di acqua e centrifugava; nel sedimento ricercava le fibre elastiche. Lo studio di 10 casi arrivati all'autopsia diede i seguenti risultati: in 5 casi nei quali si erano trovate delle fibre elastiche alveolari e accanto ad esse delle fibre disposte a ciuffi od irregolarmente. L'autopsia dimostrò la presenza contemporanea di una pneumonite caseosa e di una tubercolosi indurita.

La dimostrazione di fibre elastiche a struttura alveolare nello sputo di un tubercoloso dimostra dunque la presenza di una pneumonite caseosa.

Pollitzer.

La morte improvvisa nella pleurite con versamento.

È questo un incidente che nei trattati è appena accennato, mentre è una nozione indispensabile nella pratica giornaliera. Esso è eccezionale nell'infanzia, invece lo si osserva con una certa frequenza nell'adulto; la morte può avvenire per asfissia, specialmente nei versamenti abbondanti del lato destro, oppure per inibizione riflessa. L'ammalato è preso improvvisamente da una crisi di dispnea con ortopnea; talvolta accusa angoscia precordiale, accompagnata da barra epigastrica: la sete d'aria è considerevole, il polso filiforme. Il più spesso il medico arriva troppo tardi, ma anche quando trova l'ammalato in vita, a nulla valgono i sussidî terapeutici (iniezioni di etere, caffeina, digitalina, ecc.).

Clinicamente, gli accidenti che precedono la morte sono quelli di una trombosi cardiaca del ventricolo destro (A. Guerin: *Journal des Praticiens*, 26 marzo 1921); i grandi versamenti di destra provocherebbero la compressione dell'orecchietta destra, mentre invece quelli piccoli possono agire per via riflessa, qualunque ne sia la sede. I rapporti anatomici fra la pleura e le cavità destre del cuore fanno comprendere come tale increscioso incidente sia più frequente nelle pleuriti di destra.

fil.

TERAPIA.

La cura degli edemi con l'opoterapia tiroidea.

Risulta dalle ricerche di Eppinger che gli estratti tiroidei hanno azione diuretica, non già per modificazione delle funzioni renali, ma per il riassorbimento esercitato dai capillari nei tessuti stessi. L'opoterapia tiroidea dà buoni risultati, quando gli edemi sono conseguenza di miocardite o di nefrite: essa è invece inefficace in casi di sclerosi polmonare o di cirrosi epatica con ascite. La diminuita permeabilità dei reni per il cloruro di sodio intralcia l'azione diuretica di tale medicamento, che è controindicato quando esiste una sclerosi delle coronarie od un'insufficienza valvolare mal compensata.

B. Molnar (*Wiener klin. Wochenschr.*, 16 dic. 1920) ha trattato 90 malati con 10-35 cg. al giorno di estratto secco: ha ottenuto risultati negativi in 6 nefriti, 2 nefriti croniche, 1 insufficienza mitrale, 4 miocarditi gravi. Ottimi effetti si sono invece avuti in due malati con nefrite e grandi edemi, ed in altri con nefrite subacuta: la diuresi è aumentata subito dopo qualche giorno ed i miglioramenti sono rimasti anche dopo la sospensione della cura.

Quando gli edemi sono dovuti a lesione cardiaca, conviene associare la digitale agli estratti tiroidei, sia contemporaneamente, che successivamente: l'A. cita casi che confermano questo modo di vedere.

fil.

L'estratto del corpo luteo nei vomiti della gravidanza.

Hirst pratica iniezioni endomuscolari di 2 cg. di estratto di corpo luteo, sciolti in 1 cmc. di soluzione fisiologica, satura di cloretone; la dose di principio attivo è pari a 15 cg. di corpo luteo disseccato. Le iniezioni si fanno quotidianamente, di preferenza nel deltoide: nei casi lievi bastano 5-6, altrimenti si arriva a 12-15: nei casi più ostinati, possono farsi due volte al giorno e si obbliga inoltre la paziente al letto. In generale, non si osservano fenomeni di anafilassi: se le iniezioni si praticano per via endovenosa, si usano 2 cmc. ogni due giorni.

I buoni risultati di Hirst sono stati confermati da altri (L. Cheinisse, *Presse médicale*, anno 1921, n. 31): una controindicazione assoluta è data dall'esistenza di gozzo.

fil.

La cura dell'osteomalacia.

Herhold (*Centralblatt f. Gynäkol.*, 21 agosto 1920) riporta l'osservazione di nove donne non incinte, di cui quattro nullipare. La doppia ovariotomia non portò alcun beneficio in un caso e diede invece notevoli miglioramenti in tre: gli altri casi non vennero seguiti.

Lo stesso trattamento fatto su cinque donne incinte diede i seguenti risultati: una morta, tre esiti soddisfacenti, un caso non seguito.

L'A. raccomanda: 1) nelle pazienti non incinte con osteomalacia, castrazione; 2) in donne incinte con segni di rammollimento delle ossa e notevole deformità pelvica, operazione di Porro; 3) nelle incinte con grave osteomalacia, taglio cesareo: nelle incinte con osteomalacia leggera e scarsa deformità pelvica, trattamento medico con somministrazione di fosforo.

r. s.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1362) *Cura della corea.* — All'abb. n. 12566:

Occorre innanzi tutto isolare l'infermo. Egli deve essere tenuto a riposo per quanto più è possibile a letto, lontano dai rumori. È consigliabile che egli non veda più i parenti. L'alimentazione deve essere abbondante e nutriente, ma leggera: in primo tempo limitarla al latte ed alle uova. Come medicamenti, tra i molti tentati, si sono dimostrati più efficaci il salicilato di sodio e l'arsenico. Quest'ultimo sotto forma di liquore arsenicale deve essere somministrato in dosi piuttosto generose. Come sedativi sono da consigliarsi le miscele di bromuro e cloralio ed il trional.

Durante la convalescenza l'infermo deve praticare una cura ricostituente non solo alimentare, ma anche medicinale (olio di fegato di merluzzo, arsenico, ferro, ecc.). Per ridare il tono e irrobustire i muscoli sono da praticarsi il massaggio e la ginnastica metodica e non affaticante, che deve essere sorvegliata con criterio anche per far riacquistare ai movimenti la normale coordinazione. Le applicazioni elettriche al riguardo non sono necessarie

G. Dragotti.

(1363) *La prognosi dell'emiplegia da emorragia cerebrale.* — All'abb. n. 1089:

Non si può sperare nel ritorno della motilità completa degli arti quando compaiano le contratture, che sono ordinariamente preannunziate dall'esagerazione dei riflessi tendinei, eventualmente dal clono del piede e della rotula. Il ritorno della motilità parziale dell'arto inferiore non può costituire un sintomo di prognosi favorevole, essendo risaputo che nelle emiplegie organiche l'arto inferiore riac-

quista buona parte dei suoi movimenti, anche quando quello superiore rimane completamente e permanentemente paralitico.

G. DRAGOTTI.

(1364) *Nelle uretriti gonococciche croniche.* — All'abb. n. 13655:

La cura delle uretriti gonococciche croniche è, com'è naturale, basata sul concetto di distruggere l'agente patogeno della infezione. Nei casi concreti occorre anzi tutto verificare se vi siano o no restringimenti e nell'affermativa provvedere alla dilatazione graduale dell'uretra.

Per la «goccetta», fra i tanti metodi, si può tentare l'uso di lavande a doppia corrente di permanganato di potassio seguite da iniezioni endouretrali con la soluzione di un sale di chinina.

Nelle uretriti posteriori le istillazioni o le lavande vescico-uretrali con sali di argento, sembrano il metodo più adatto. Speciali apparecchi permettono di fare ad un tempo la lavanda vescico-uretrale con soluzione allungata di nitrato di argento e la causticazione dell'uretra posteriore con soluzione più concentrata.

In ogni caso non si trascuri mai di esaminare la prostata ed eventualmente curarla (massaggi).

V. MONTESANO.

(1365) *Gli arsenobenzoli per via intramuscolare.* — All'abb. n. 5505:

L'azione del novo-arsenobenzolo e del neosalvarsan injettati per via muscolare è certamente meno rapida che non quando s'iniettino questi preparati direttamente nelle vene e non è scevra d'inconvenienti (dolore, necrosi dei tessuti, ecc.). È quindi preferibile, tutte le volte che non vi siano speciali contro-indicazioni, l'iniezione endovenosa.

V. MONTESANO.

(1366) *Nella sifilide ereditaria tardiva.* — Al dott. S. D. da M.:

Nella sifilide ereditaria tardiva con manifestazioni viscerali, in cui non rispondano, o non siano tollerati, i preparati mercuriali e jodici, nulla vieta di adoperare il neo-salvarsan, salvo naturalmente le contro-indicazioni solite (stato del cuore, dei reni, del fegato, ecc.).

V. M.

VARIA

Il valore della vita umana.

La mancanza di un criterio unico per la valutazione del danno, in casi di infortunio, porta a giudizi assai disparati da parte della magistratura, mentre invece sarebbe necessario che il giudice avesse elementi positivi su cui basarsi, tanto più oggi che oltre agli infortuni sul lavoro vi sono quelli prodotti dall'automobilismo, dal ciclismo, ecc.

L. Biggini (rif. in *Lavoro*, febbraio 1921) ha escogitato la seguente formola, in cui chiamando: *a*) il salario giornaliero del sinistro; *b*) la sua età; *c*) il salario della categoria a cui esso appartiene, si ha $\frac{a}{b} \times C \times 9000$.

Il coefficiente 9000 rappresenta il numero approssimativo delle giornate lavorative nella vita di un individuo: 300 giorni all'anno per 30 anni. Si ha così che per 3 orologiai delle rispettive età di 20, 40, 65 anni, e con i rispettivi salari di 12, 20, 16 lire, in confronto del salario medio degli orologiai (16 lire) l'applicazione delle formole darà:

$$\frac{12}{20} \times 16 \times 9000 = 60{,}480$$

$$\frac{20}{40} \times 16 \times 9000 = 50{,}400$$

$$\frac{16}{65} \times 16 \times 9000 = 24{,}759.$$

L'indennizzo risulta quindi maggiore per i giovani, i quali pure avendo salari più bassi debbono sopportare il danno per un numero maggiore di anni: in caso di morte, per calcolare il danno ai superstiti, si divide il risultato per metà, ritenendo che l'individuo che ha persone a carico consumi metà del suo guadagno per sè e metà per gli altri.

In tema di lavoro non ci si deve limitare a quello manuale, ma estendere i principî anche a quello di concetto e retribuito a stipendio. Il risarcimento sarebbe poi con questo sistema riserbato soltanto a chi lavora, e non verrebbe invece dato ad un malato cronico, un alienato inguaribile ecc., i quali, invece di un vantaggio, rappresentano un peso per la società e resterebbe stabilito il concetto che *un uomo vale per il lavoro che può dare.*

r. s.

Soggetti ultra-quintalari.

Martinet ha raccolto una statistica di soggetti che oltrepassano 100 chilogrammi di peso; 35 uomini e 8 donne, dell'età di 23 a 70 anni; di essi 32 erano tra 40 e 70 anni; frequenti i casi di malattie del ricambio: 12 glicosurici, 11 gottosi, 7 litiasici; frequenti i segni d'insufficienza del circolo: tachicardia, ipertensione, iperviscosità; frequente l'albuminuria.

P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Applicazione della tassa esercizio ai medici di Roma.

Sappiamo che il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma ha inviato al Sindaco la seguente lettera di protesta per i criteri di applicazione della tassa di esercizio:

« *Ill.mo Signor Sindaco,*

« I medici esercenti nella città di Roma hanno chiesto l'intervento dell'Ordine per essere tutelati di fronte alle inique classificazioni di cui sono stati vittime nella compilazione dell'ultima matricola della tassa esercizio e rivendita.

« A prescindere dal fatto che l'occhio più profano può scorgere a prima vista, che alla compilazione di detta matricola ha imperato la consultazione di una « Guida Monaci » di data neppure recente, in modo che nella matricola stessa sono stati compresi vecchi cadenti, pensionati e funzionari di pubbliche amministrazioni, è certo che, contrariamente alle disposizioni regolamentari, le classificazioni sono state attribuite con valutazioni di reddito così iperboliche, da costituire non la dovuta contribuzione del cittadino alle esigenze della vita collettiva, ma una vera e propria spoliazione per le finanze private.

« Perchè nessuno, in buona fede, potrà sostenere — ai tempi che corrono — che professionisti, inscritti nei ruoli della R. M. per redditi varianti dalle seimila alle ventimila lire annue, possano, con tutta la larghezza possibile di valutazione, essere classificati in categorie che suppongono redditi di 80,000 e 100,000 lire!!

« Ora questo è avvenuto e continua ad avvenire, con la più olimpica indifferenza dell'Ufficio competente che non si degna neppure di ascoltare le giustificazioni e le documentazioni del contribuente, del quale, invece, rapidamente si libera suggerendo di ricorrere alle Sedi previste dal Regolamento.

« Se il contribuente ha dei doveri, ha anche dei diritti: primo, fra tutti, quello che le leggi siano rispettate, per primi, da coloro che sono chiamati ad applicarle. E io sono sicuro che la S. V. Ill.ma vorrà spiegare tutta la sua autorità affinchè le cause che hanno provocato la protesta della quale mi rendo interprete siano al più presto rimosse.

« La classe medica, che ha saputo fare eroici sacrifici di sangue, saprà fare anche sacrifici di denaro: ma bisogna chiederli con giustizia.

« Con distinta osservanza

Il Presidente: F.to BALLERINI ».

È a nostra conoscenza che l'Assessore dell'Ufficio Imposte e Tasse ha dato disposizioni rigorose affinchè si proceda ad una revisione delle classificazioni della matricola per la tassa di esercizio, sulla base di elementi che siano indice della più scrupolosa giustizia.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8924) *Visita delle scuole - Obbligo dell'ufficiale sanitario.* — Dott. L. A. da C. — Nulla compete all'ufficiale sanitario per la visita delle scuole, perchè è un obbligo imposto dal regolamento scolastico. Se le dette scuole sono distanti dal luogo di ordinaria sua residenza, può il Comune fornirgli i mezzi di viaggio o in natura o in danaro.

(8926) *Nomina di levatrice.* — Dott. C. A. G. da A. I. — Sembrerebbe preferibile la seconda candidata che presentò, fra gli altri, anche il certificato degli esami sostenuti presso l'Università di Napoli.

(8927) *Pensione.* — Dott. G. R. da T. — Il servizio prestato presso un Comune non può farsi valere come utile nella liquidazione di pensioni governative.

(8929) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. S. C. da G. — La indennità caro-viveri di cui al D. L. 13 giugno 1920, n. 737, decorre dal giorno in cui l'ha deliberata il Comune o l'ha fissata di ufficio la G. P. A. Ha diritto alla indennità suppletiva di cent. 85 al giorno non solamente la sua signora, ma eziandio i tre figlioli, purchè minorenni. Che parte di detti figli non sia in casa, ma in collegio, non monta, come ha chiarito il Ministero dell'Interno con le norme annesse alla Circolare del 20 febbraio ultimo, n. 5000-60. Sulle somme che si riscuotono per indennità caro-viveri è dovuta la ricchezza mobile in ragione dell'8.65 %.

(8930) *Prescrizione.* — Dott. M. S. da G. — Il compenso per la pensione si prescrive col decorso di un anno dall'ultimo giorno di permanenza; quello per le visite mediche fatte a domicilio e per quelle fatte alla signora deceduta si prescrivono col decorso di tre anni. Ella può, quindi, agire per qualsiasi ragione creditoria, giusta quanto ha dichiarato nel quesito.

(8931) *Vaccinazione - Compenso.* — Dott. F. B. da Q. — La vaccinazione è gratuita per tutti, sia per gli abbienti come per coloro che sono inclusi nell'elenco dei poveri. Veda: Vigo « La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale », a pag. 79 e segg., ove è ampiamente svolto tale argomento.

(8933) *Ordine dei sanitarii - Contributo.* — Dottor P. S. da C. — Quantunque la legge nulla dica al riguardo, dobbiamo ritenere che durante il servizio militare mancando l'esercizio libero professionale, non sia necessario mantenere l'iscrizione all'albo dell'Ordine dei sanitarii.

(8934) *Pensione - Servizio utile.* — Dott. A. M da F. — I venti mesi di servizio fatti presso l'ospedale sono calcolati come utili agli effetti della pensione, perchè per la liquidazione effettiva di questa si sommano tutti i periodi di tempo durante i quali si è esercitato l'ufficio presso uno degli enti indicati nello articolo 1 della legge, fra

cui sono classificate le istituzioni pubbliche di beneficenza e, quindi, gli ospedali.

(8935) *Seconda indennità caro-viveri.* — Dott. G. P. da C. L. — La indennità suppletiva di cent. 85 compete, oltre che al coniuge, a tutti gli altri minorenni che siano conviventi ed a carico.

(8936) *Ambulatorio privato.* — Dott. G. V. da N. — Per aprire e mantenere in esercizio un istituto di cura medico-chirurgica occorre l'autorizzazione del Prefetto, sentito il Medico provinciale ed il parere del Consiglio provinciale di Sanità.

(8937) *Periodo di servizio interinale - Suoi effetti sulla stabilità.* — Dott. D. S. da S. — Il periodo interinale conta. Veda: Vigo, «La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale», a pag. 126, ove è ampiamente svolto l'argomento.

(8938) *Tasse di famiglia e d'esercizio.* — Dottor U. V. da L. — Il Comune dove risiede può sottoporla alla tassa di famiglia perchè, ancorchè viva da solo, costituisce sempre una famiglia. Così non sarebbe se si trattasse di tassa focatico. Alla tassa esercizio può esservi soggetto se, oltre al servizio di condotta, faccia la professione libera. Quando lo stipendio o l'assegno giornaliero è dichiarato esente da ogni imposta o ritenuta, vuol dire che il percipiente non deve pagare nè ricchezza mobile, nè Monte pensioni.

(8940) *Documenti per concorso - Restituzione.* — Al dott. G. F. da O. d'A. — Avendo Ella rinunziato alla nomina, il Comune non ha più diritto a trattenere i documenti esibiti, nulla dovendo giustificare e bastando, in ogni caso, il verbale della Commissione giudicatrice. In caso di oscitanza, ricorra al Prefetto della Provincia, contemporaneamente diffidando il Comune a restituirglieli, sotto pena di refusione di tutti i danni, cui Ella può andare incontro per la mancanza dei documenti in parola.

(8941) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. B. da T. V. — Le compete, come celibe, la indennità caro-viveri di lire 65 mensili.

(8943) *Seconda indennità caro-viveri.* — Dottor L. C. da M. — Le compete la seconda indennità caro-viveri per il tempo durante il quale ha prestato servizio in Provincia di Roma, giusta la decisione della Giunta Amministrativa di quella città, da Lei riportata.

(8944) *Pensione - Decorrenza.* — Dott. F. A. da P. — Ella non si inganna. La pensione comincia a decorrere dal 1° gennaio 1920 e non dal 1° gennaio 1921. La Cassa non può fare diversamente perchè ciò è disposto da una tassativa disposizione di legge. Essendo lo stipendio cessato col 31 dicembre 1919, la pensione è naturale che decorra dal 1° gennaio successivo.

(8946) *Collegio degli orfani dei Sanitari.* — Dott. P. F. da S. R. — L'obbligo del pagamento del contributo per il collegio degli orfani di Perugia è dei medici condotti e di tutti gli altri sanitari che sono a servizio di pubbliche amministrazioni. Per i liberi esercenti il pagamento del contributo è facoltativo.

(8947) *Pensioni - Contributo.* — Dott. E. T. da C. — È una maggiore pensione che con le nuove disposizioni contenute nel capitolato si intende stabilire a favore dei medici condotti. Non si tratta di disposizione che è obbligatoriamente imposta dalla legge, ma risulta egualmente obbligatoria perchè inserita nel capitolato deliberato dal Consiglio Comunale ed approvato dalla Autorità tutoria. Ella può sempre per proprio conto eseguire come versamento volontario il pagamento di un maggior contributo annuale, senza che ciò possa far nascere confusione nell'atto della liquidazione perchè la Cassa di Previdenza sarà estranea a quello che le potrà competere dalla Cassa Nazionale delle Assicurazioni sociali.

(8948) *Pagamento di prestazioni fatte a favore di persone appartenenti ad altro Comune.* — Al Dott. E. F. da C. — Non appartenendo la inferma, di cui Ella parla, a codesto Comune, deve considerarsi come povera di passaggio, fino a quando non abbia acquistato costà il domicilio di soccorso. Essendo povera di passaggio spetta al Sindaco locale dare le occorrenti disposizioni per la cura ed indennizzare il medico condotto degli onorarii che gli competono per le prestazioni professionali fatte in favore di chi era inscritto nello elenco dei poveri di altro Comune.

(8949) *Tasse ed imposte comunali.* — Dott. U. F. da M. di S. — Il medico condotto ha l'obbligo di pagare tutte le tasse che sono istituite nel Comune e di corrispondere la R. M. sui compensi che riceve dal libero esercizio, in conformità della liquidazione che farà l'agente delle tasse. Non ha l'obbligo di pagare la tassa esercizi come medico condotto.

(8951) *Somministrazione gratuita di medicinali.* — Dott. abbonato da T. — Se il povero di cui discorre è inscritto nello elenco degli aventi diritto a cura gratuita può pretendere i medicinali ancorchè si faccia curare da altro medico a pagamento. Si noti però che secondo il disposto dello articolo 69 del Regolamento generale sanitario, la prescrizione dei medicinali da parte di liberi esercenti deve aver luogo solo in casi urgenti e per i primi soccorsi, salvo sempre la ratifica della autorità competente.

(8952) *Aspettativa per studio.* — Dott. G. B. da P. — L'aspettativa per ragione di studio equivale ad una aspettativa per ragione di famiglia e, quindi, può esser concessa se nel regolamento speciale della condotta è prevista, o se sia deliberata dal Consiglio Comunale. Ordinariamente, in tale posizione giuridica, l'impiegato non riceve stipendio. Della durata è sempre arbitro il Consiglio Comunale.

(8954) *Pensioni - Condotta residenziale.* — Dottor A. D. C. da C. — Gli anni utili per il conseguimento della pensione cominciano a decorrere da quando si inscriverà alla Cassa. Gli anni precedenti non contano nè per la liquidazione della

pensione, nè per raggiungere il limite necessario per conseguirla, e ciò sia che faccia un concorso, sia che resti come è. Può citare il Comune per il pagamento dei danni cagionati dalla sua negligenza per non aver compilata la lista dei poveri, a mente dello articolo 1152 del Codice Civile.

Doctor JUSTITIA.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

36. Provincia di *Trapani*: Dottori Dell'Orto cav. Giacomo, Marsala, L. 700 — Giovengo Alfonso, Alcamo, L. 700 — Accardi Felice, Castelvetrano, L. 700 — Trapani Alberto, Marsala, L. 500 — Malermo Luigi, Gibellina, L. 400 — Accardi Antonio, Campobello, L. 400 — Gaiozzo Giuseppe, Castellammare, L. 300 — Pollara Dante, Trapani, L. 300 — Napoli Matteo, Partanna, L. 300 — Rizzuto Francesco, Camporeale, L. 200 — Mazara Giuseppe, Calatafimi, L. 200 — Bertolini Alberto, Marsala, L. 200 — Anastasi Guglielmo, Marsala, L. 200 — Giustolisi Luigi, Marsala, L. 200 — Colomba Paolo, Paceco, L. 200 — Palumbo Giuseppe, Salaparuta, L. 200 — Napoli Vito, Mazzara, L. 200 — Saffiotti Anna, Mazzara, L. 200 — Maltese Paolo, Salemi, L. 150 — Surdi Gaspare, Vita, L. 150 — Giammarino Francesco, Mazzara, L. 100 — Valenti Attanasio, Santa Ninfa, L. 100 — La Grutte Giuseppe, Mazzara, L. 100 Corsini Giuseppe, Pantelleria, L. 100.

37. Provincia di *Forlì*: Dottori Piò Luigi, Cesena, L. 350 — Lami Alfonso, Mercato Seraceno, L. 350 — Tarantini Vincenzo, Bertinoro, L. 300 — Caimi Giovanni, San Giovanni Marignano, Lire 200.

38. Provincia di *Udine*: Dottori Giordano Giuseppe, Fontana Fredda, L. 300 — Grillo cav. Umberto, Martignacco, L. 300 — Furlanetto Libero, Pordenone, L. 300 — Tavello Giovanni, Varmo, L. 300 — Petrucco Giovanni Battista, Fiume Veneto, L. 300 — Benincasa Antonio, Porcia, L. 200 — Bergamo Luigi, Porpetto, L. 200 — Carnelutti Giovanni, Pozzuolo, L. 200 — Faleschini Daniele, Colloredo di M., L. 200 — Forzano Gioacchino, Chiona, L. 200 — Luxardo cav. Augusto, San Daniele del Friuli, L. 200 — Mariannini Federico, Sesto al Reghena, L. 200 — Talotti Giuseppe, Azzano Decimo, L. 200 — Venuti Aldo, Faedia, L. 200.

39. Provincia di *Sondrio*: Dottori Ghibellini Giulio, Teglio, L. 200 — Sertoli Giuseppe, Sondrio, L. 150 — Morelli Gerolamo, Sondrio, L. 150 — Romedi Cesare, Sondrio, L. 150 — Giacomoni Ulderico, Ponte, L. 150 — Lambertenghi Ermenegildo, Grosotto, L. 150 — Muzio Enrico, Villa di Tirano, L. 150 — Zubiani Virginio, Sondalo, L. 150 — Mazzoleni Antonio, Chiavenna, L. 150 — Corti Linneo, Tresivio, L. 100 — Piazzi Arnaldo, Ponte, L. 100 — Caldara Pietro, Novate Mezzola, L. 100 — Gobbi Tancredi, Bianzone, L. 100 — Capararo Carlo, Fusine, L. 100 — Valenti G. Battista, Talamona, L. 100 — Ploncher Ernesto, Chiavenna, L. 100 — Lombardini Carlo, Chiavenna, L. 100.

40. Provincia di *Parma*: Dottori Tridenti Enrico, Borgo San Donnino, L. 300 — Prato Luigi, Neviano Arduini, L. 300 — Frassi Alfredo, Parma, L. 300 — Marcheselli Sante, Berceto, L. 300 — Gardenghi prof. Giuseppe, Salsomaggiore, Lire 250 — Rasori Camillo, San Pancrazio, L. 250 — Cevaschi Odoardo, Traversetolo, L. 250 — Silvestri Giovanni, San Lazzaro Parmense, L. 250 — Ugolotti Ferdinando, Colorno, L. 250 — Parini Annibale, Lesignano Bagni, L. 250 — Muscella Enrico, Tizzano V. Parma, L. 250 — Mergoni G. Battista, Lesignano Palmia, L. 250 — Gerbella Riccardo, Polesine P., L. 250 — Canali Mario, Fornovo Taro, L. 250 — Tomasinelli Achille, Roccabianca, L. 250 — Menozzi Virgilio, Calestano, Lire 150 — Tonelli Carlo, Vigatto, L. 150 — Bocchi Amilcare, Cortile San Martino, L. 150 — Boni Enrico, Collecchio, L. 150 — Vignali Aldo, Torrile, L. 150 — Bonati Vittorio, Mezzani, L. 150 — Ferrari Dialma, Sorbolo, L. 150 — Petrucci Serafino, San Secondo, L. 150 — Ramacci Arnaldo, Corniglio, L. 150 — Orsini Silvio, Palanzano, Lire 150 — Spagnoli Giovanni, Borgotaro, L. 150 — Consigli Paolo, Sissa, L. 150 — De Pratti G. Battista, Soragna, L. 150 — Barbieri Carlo, Fontanellato, L. 150 — Romolotti Ettore, Busseto, L. 150 — Parenti Giuseppe, Trecasali, L. 150 — Brizzi Egidio, Zibello, L. 150 — Zampetti Emilio, Sala Baganza, L. 150 — Grassi Virgilio, Pellegrino P., L. 150 — Gipperich Federico, Noceto, L. 150 — Sozzi Giovanni, Valmozzola, L. 100 — Senetiner Giovanni, Montechiarugolo, L. 100 — Lignere Cherié Pier Luigi, Golese, L. 100 — Gotelli Domenico, Albareto, L. 100 — Franceschi Giuseppe, Langhirano, L. 100 — Molinari Carlo, Monchio, L. 100 — Valenti Giuseppe, Solignano, L. 100 — Molinari Cesare, Bedonia, L. 100 — Musa Severino, Compiano, L. 100 — Emanuelli Paolo, Tornolo, L. 100 — Plancher Emilio, Fontevivo, L. 100 — Bassi Guglielmo, Felino, L. 100 — Mantovani Enrico, Varsi, L. 100 — Motti Giuseppe, Bore di Metti, L. 100 — Grandi Ermenegildo, Medesano, Lire 100 — Guggia Candido, Varano Malagari, L. 100.

41. Provincia di *Brescia*: Dottori Giorgi Ercole, Erbusco, L. 250 — Frigotto Candido, Palazzolo sull'Oglio, L. 250 — Ruggero Marcolungo, Bedizzole, L. 200 — Arrighi Ferruccio, Calcinato, L. 100 — Bonetti Giacomo, Nuvolera, L. 200 — Zanini Villiam, Leno, L. 200 — Paroli Giacomo, Verolanuova, L. 200 — Mussati Renzo, Verolavecchia, L. 200 — Masseroli Attilio, Castenedolo, L. 150 — Marini Giacomo, Mairano, L. 150 — Peli Giovanni, Ome, L. 150 — Corti, Rivoltella, L. 150 — Cordoni Antonio, Travagliato, L. 150 — Torri Giuseppe, Travagliato, L. 150 — Ghidoni Giuseppe, Adro, L. 150 — Lamberto Copetta, Castrezzato, L. 150 — Cazzani Cesare, Rovato, L. 150 — Gnutti Bruto, Rovato, L. 150 — Brocchetti Riccardo, Salò, L. 150 — Moroni Giuseppe, Trenzano, L. 150 — Crovetti Ettore, Calcinato, L. 100 — Cicogna Giuseppe, Pralboino, L. 200 — Brescianelli Lodovico, Ceto ed Uniti L. 150 — Peroni Luigi, Orzinuovi, L. 150 — Capponi Pio, Roccafranca, L. 150 — Volpi Giuseppe, Manerbio, L. 150 — Barcella Cirilli, Chiari, L. 100 — Mondini Carlo, Chiari, L. 100 — Artifoni Giacomo, Chiari, L. 100 — Sardo Pasquale, Bagnolo Mella, L. 100 — Napoleone Aurelio, Botticino Sera, L. 100 — Reggis Arnaldo, Bovezzo, L. 100 — Treccani Vincenzo, Castelmella ed Uniti, L. 100 — Muratori Aristide, Desenzano Lago, L. 100 — Zuccoli Giov. Maria, Iseo, L. 100 — Poggiani Guido, Montirone, L. 100 — Denti Pomniani Sante, Provaglio d'Iseo ed Uniti, L. 100 — Fasani Ernesto, Dello ed Uniti, L. 100 — Calini Cesare, Lograto ed Uniti, L. 100 — Mombelloni Paolo, Villacogozzo ed Uniti, L. 100 — Rizzo Antonio, Mazzano ed Uniti, L. 100 — Castiliego Giuliano, Comezzano ed Uniti, L. 100 — Mensi Giovanni, Visano ed Uniti, L. 100 — Galotti Emilio, Marrone, L. 100 — Botti Pellegrino, Nuvolento ed Uniti, L. 100 — Orlandini Alberto, Rezzato ed Uniti, L. 100 — Gestro Gian Luigi, Zone, L. 100 — Bianchi Silvio, Breno, L. 100 — Morosini Giacomo, Angolo ed Uniti, L. 100 — Dallocchio Leopoldo, Capodiponte ed Uniti, L. 100 — Cò Ottavio, Borgo San Giacomo, L. 100 — Sortino Giorgio, Bornato ed Uniti, L. 100 — Sortino Antonio,

Cazzago San Martino, L. 100 — Ghidoni Giovanni, Orzivecchi ed Uniti, L. 100 — Contratti Giov. Batta, Oriano, L. 100 — Rossini Giuseppe, Gavardo, L. 100 — Butturini Luigi, Preseglie ed Uniti, L. 100 — Tesoroni Ezio, Villanuova ed Uniti, L. 100 — Rinaldi Aldo, Vobarno, L. 100 — Broli Fian Pietro, Cignano ed Uniti, L. 100 — Calvesi Francesco, Cigole, L. 100 — Bertino Vittorio, Gottolengo, L. 100 — Ghirardi Paolo, Milzanello, L. 100 — Patrizi Enrico, Porzano, L. 100 — Scanzi Oreste, Quinzano d'Oglio, L. 100 — Arici Francesco, San Gervasio Bresciano, L. 100 — Milanesi Giuseppe, Seniga, L. 100 — Palazzi Giuseppe, Coccaglio, L. 100 — Paoletti Pericle, Bagolino, L. 100.

CONCORSI.

ALANNO (*Teramo*). — L. 3500 per 500 poveri e L. 250 ovvero L. 500 ogni 100 poveri in più secondochè la popolaz. sia agglomerata o sparsa; sei sessenni decimo; L. 1500 mezzo trasp.; L. 500 se uff. san. Scad. 31 luglio.

BAGNI DI LUCCA (*Lucca*). — Tre condotte; L. 6000 e 5 quadrienni dec., L. 1000 cav., c.-v. Scad. 31 luglio.

BASSANO (*Vicenza*). — Terzo rep.; indennità residenza L. 5000, fino a 1000 pov. L. 1000, ogni cento pov. in più o fraz. L. 200, due c.-v., L. 1800 m. trasp.; 10 trienni decimo. Scad. 31 luglio.

BRENDOLA (*Vicenza*). — Indennità residenza lire 8500; fino a 1000 poveri L. 1000 e ogni centinaio in più L. 200; per uff. san. L. 500; trasp. L. 3600; c.-v.; casa e orto con vigneto gratuitam. Un anno di prova con condotta unica; qualora venissero ripristinati i due reparti, l'eletto resterà titolare del I reparto con il corrispettivo assegnato dal capitolato-tipo. Ab. 4880 di cui 1100 poveri. Scad. 40 giorni dal 25 giugno.

CAGLIARI. *Ospedale Civile*. — Chirurgo primario; rivolgersi alla Segreteria. Scad. 31 luglio.

CANDIA CANAVESE (*Torino*). — L. 4500, quinquenni, c.-v., L. 1000 per uff. san., L. 1000 trasp., L. 100 alloggio. Capitolato tipo. Scad. 28 luglio.

CASTELBOGLIONE (*Alessandria*). — L. 4000 oltre L. 500 uff. san., L. 500 trasp.; quinquenni. Età lim. 45. Assunz. prima quindicina sett. Scad. 31 luglio.

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). — Condotta residenz. per Pozzuolo, Petrignano, Gioiella e Vaiano; L. 6000 oltre L. 3000 trasp. e le indenn. c.-v. Scad. 15 agosto.

CASTROCIELO (*Caserta*). — 3000 abitanti; residenziale, L. 6000; cavalcatura L. 800; uff. san. L. 400. Scadenza 31 luglio.

CHATILLON (*Torino*). — L. 4000 per 300 pov. su 3200 ab., L. 500 uff. san., L. 200 alloggio, quinquenni. c.-v. Scad. 31 luglio.

FANANO (*Modena*). — Due cond.; L. 8000 e 10 bienni ventesimo, cavalc., c.-v., assicur. Scadenza 30 luglio.

FARA D'ADDA (*Bergamo*). — L. 6500 primi 1000 pov.; L. 250 ogni 100 in più fino a 2000, poi L. 300; quattro quinq. dec.; c.-v.; L. 1000 trasp.; L. 500 uff. san. Scad. 31 luglio.

LATISANA (*Udine*). — II reparto; L. 6000, due c.-v.; L. 4000 trasp.; L. 800 indennità malaria; L. 600 per alloggio. Scad. 5 agosto.

LOAZZOLO (*Alessandria*). — L. 4000 per 26 pov. su 1300 ab.; p. alloggio L. 500; p. uff. san. L. 500. Cap. tipo. Scad. 30 luglio.

MIGLIERINA (*Arezzo*). — Poveri, L. 4000 e 5 quadrienni del decimo, addizionale L. 10 per ogni famiglia in più delle 300; uff. san. L. 500. Scad. 20 agosto.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Quattro medici primari e due chirurghi primari; L. 7000 e condizioni dell'organico e dei regolamenti; età massima 46. Documenti al Protocollo del Consiglio, via Ospedale 5, entro il 6 e il 16 agosto rispettivamente.

MONTAIONE (*Firenze*). — Per S. Vitale; L. 6000 e 8 trienni dec., due c.-v., L. 4000 trasp. Scad. 31 luglio.

MONTEGABBIONE (*Perugia*). — Cond. principale; L. 6000 fino a 1000 pov., addizion. L. 3, indennità residenza e servizio disagiati L. 2000, per condotta povera L. 1000, per uff. san. L. 300, due caro-viv. Per mese congedo L. 1000. Quinquenni, aspettative. Serv. entro 20 giorni. Scad. 6 agosto.

MONTE SAN SAVINO (*Arezzo*). — Due cond. residenziali, al 16 agosto: L. 9000, due caro-viv.; 4 quadr. del decimo; mezzo trasp. a carico del Comune.

MULAZZO (*Massa-Carrara*). — 1ª Cond.; L. 6000 oltre L. 1600 trasp., due c.-v., 4 quinquenni dec. Pei non pov. 1ª visita L. 3, successive L. 2, d'urgenza L. 4, di notte L. 5, operaz. picc. chirurg. L. 10. Scad. 15 agosto.

NIMIS (*Udine*). — 1º Rep.; L. 6000 e 3 quinq. decimo, c.-v., L. 2000 cav., L. 1 ogni pov. in più di 1000. Scad. 31 luglio.

NOASCA (*Torino*). — Cons. con Ceresole; L. 4800, p. uff. san. L. 500; p. trasp. L. 1200; quinquenni, c.-v. Scad. 31 luglio.

PITIGNANO (*Grosseto*). — 1ª Cond., L. 7000 (in corso aum. a 9000), L. 3 ogni pov. sopra 1000, due c.-v. Scad. 16 agosto.

PONTEBBA (*Udine*). — L. 6000 fino a 1000 poveri; addizionale L. 1.50; due c.-v.; trasporto L. 1000; tre quinquenni di L. 700. Scad. 31 luglio.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — Capoluogo; cura residenziale, L. 7000 e due c.-v. Scad. 31 luglio.

ROMA. — Concorso a 13 posti di medico-chirurgo condotto del Comune pel Suburbio ed Agro Romano: L. 7000 lorde con 5 quadrienni di L. 1000 ed uno di L. 500; alloggio gratuito. Scad. 28 luglio.

SAN PAOLO CERVA (*Novara*). — Consorzio. Al 10 agosto. Condizioni concordate.

TRIPOLI. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele III*. — Direttore; L. 8000 aumentabili, L. 4000 indenn. residenza, L. 3000 carica, c.-v.; età limite 50; esclu-

so esercizio profess. Assistente di chirurgia: lire 4000 aumentab.; L. 3000 residenza, c.-v.; età limite 40. Nomine biennali. Scad. 1 settembre.

VILLENEUVE-ARVIER (*Torino*). — L. 5500, p. cav. L. 3500, p. uff. san. L. 800, alloggio L. 500 con obbligo ambulatorio. Scad. 30 luglio.

Accetterei interinato preferibilmente in provincia di Roma. Scrivere al dott. De Risi, Via Ombrone, 55, Roma.

Giovane medico, laureato nella Università di Roma. che ha frequentato Corsi di perfezionamento, con breve esercizio di condotta, pratico malattie tubercolari, cerca posto Ospedale o Casa di Salute o Condotta qualsiasi località. Rivolgersi al dott. Arnaldo Pozzi, via Sistina 14, Roma.

Medico-chirurgo cercherebbe interinato possibilmente paese di montagna. Inviare offerte: Dottor Maltese Le-Roy - Scicli (Siracusa).

Medico-chirurgo, due anni di laurea, uff. sanitario, specializzato in Ostetricia e Ginecologia, accetterebbe interinato per la stagione estiva preferibilmente Italia Centrale. Scrivere: P. Polidori - Ripatransone (Ascoli Piceno).

Medico-chirurgo assumerebbe buon interinato, qualsiasi durata dal 15 agosto in poi. Scrivere: Dott. Gaetano Croce - Pettorano sul Gizio (Aquila).

Medico-chirurgo trentottenne, praticissimo condotta, cerca interinato mese agosto. Rivolgersi: Dott. F. F. presso Francesco Bellumori - Sorano per Elmo (Grosseto).

Diffide.

La Sezione Biellese dei Medici condotti comunica che è tolta la diffida contro la condotta medica consorziale di S. Paolo Cervo e Quittengo, essendosi raggiunto l'accordo sulle seguenti basi: stipendio residenziale L. 6000; ufficiale sanitario L. 500; cavalcatura L. 2000; doppio caro-viveri. Il concorso scade col 10 agosto.

Concorso per titoli a 16 posti di medico di riparto delle Ferrovie dello Stato a Roma.

È aperto un concorso per titoli a 16 posti di medico di riparto delle Ferrovie dello Stato, per i riparti seguenti: Roma I (Prati) con la residenza a Roma e con la retribuzione annua di L. 720 — Roma II (Vaticano) con la residenza a Roma e con la retribuzione annua di L. 600 — Roma IV (Trastevere), con la residenza a Roma o suburbio e con la retribuzione annua di L. 1280 — Roma V (Testaccio), con la residenza a Roma e con la retribuzione annua di L. 540 — Roma VI (Ostiense), con la residenza a Roma o suburbio e la retribuzione annua di L. 540 — Roma VII (Tuscolana), con la residenza a Roma o suburbio e la retribuzione annua di L. 1540 — Roma X (San Lorenzo), con la residenza a Roma e la retribuzione annua di L. 2080 — Roma XI (Nomentana), con la residenza a Roma e la retribuzione annua di lire 980 — Roma XII (Salaria), con la residenza a Roma e la retribuzione annua di L. 840 — Roma XVI (Celio), con la residenza a Roma e la retribuzione annua di L. 820 — Roma XVII (Viminale), con la residenza a Roma e la retribuzione annua di L. 980 — Roma XXI (Termini), con la residenza a Roma e la retribuzione annua di L. 1800 — Roma XXII (Mandrione), con la residenza a Roma o suburbio e la retribuzione annua di L. 1320 — Roma XXIII (Cervara), con la residenza a Roma o suburbio e la retribuzione annua di L. 260 — Roma XXIV (Capannelle), con la residenza a Roma o suburbio e la retribuzione annua di L. 740 — Roma XXV (S. Onofrio), con la residenza a Roma o suburbio e la retribuzione annua di L. 260. La domanda di partecipare al concorso deve essere rivolta alla Sezione sanitaria di Roma (via Boncompagni, n. 21).

La domanda dovrà pervenire alla Sezione sanitaria su indicata, non più tardi delle ore 17 del 15 settembre 1921; dovrà essere redatta su carta da bollo da L. 2, e dovrà essere corredata dei documenti di cui appresso: *a*) certificato di nascita; *b*) certificato di cittadinanza italiana, per nascita o per naturalizzazione, rilasciato dal Sindaco del Comune di Roma; *c*) certificato penale in data non anteriore al 1° giugno 1921, rilasciato dal Tribunale competente; *d*) certificato di buona condotta, in data non anteriore al 1° giugno 1921, rilasciato dal Sindaco del Comune in cui il concorrente ha la sua residenza; *e*) dichiarazione in carta da bollo da L. 2, con la quale il concorrente, che già non vi dimori, si impegni, se nominato, a trasferirsi stabilmente, entro due mesi dalla ricevuta comunicazione di nomina, nella località indicata come residenza del medico di riparto; *f*) diploma di laurea in medicina e chirurgia ottenuto nel Regno; *g*) certificati, e tutti quei titoli che il concorrente, nel suo interesse, creda di presentare.

UFFICI DI COLLOCAMENTO.

È istituito dalla Federazione un Ufficio di collocamento per le condotte della Provincia di Roma. Dirigere la corrispondenza al dott. B. Alberti, Segretario della Federazione, presso il giornale « Il Policlinico », via Sistina, 14 - Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. dott. Francesco Feliziani, aiuto presso l'Istituto di Patologia medica della R. Università di Roma, è stato classificato primo e nominato nel concorso al posto di medico primario del Regio Ospedale Italiano di Costantinopoli, indetto dal Ministero degli Esteri.

Al concorso parteciparono tredici candidati. La Commissione giudicatrice era presieduta dal professor Marchiafava ed ebbe espressioni assai lusinghiere di elogio per i titoli del prof. Feliziani, cui porgiamo rallegramenti cordiali.

MEDICINA SOCIALE.

Contro il commercio abusivo della cocaina.

Come ne abbiamo già dato notizia, venne or non è molto presentato, al Senato del Regno, un disegno di legge, concernente provvedimenti per la repressione dell'abusivo commercio di sostanze velenose, aventi azione stupefacente (cocaina, morfina, oppio, ecc.); crediamo utile di tracciarne le linee principali.

Mancando alla nostra legislazione qualsiasi norma, nella quale potesse inquadrarsi la nuova figura di delitto, specialmente caratterizzata dalla consapevole volontà oltre che nel venditore, nel compratore, della dannosità delle sostanze, poste abusivamente in commercio, e trattandosi di reprimere più che un danno pubblico indiretto derivante dall'inganno al privato, un danno immediato, di natura eminentemente sociale, il progetto di legge ha definito la nuova specie di reato ed ha posto le necessarie sanzioni, intese a reprimerlo con quel rigore, che è reso necessario dall'entità dell'allarme sociale, suscitato dal fenomeno morboso.

Il progetto di legge pei riguardi della somministrazione al pubblico di sostanze velenose stupefacenti, distingue il caso della somministrazione fatta da persone non autorizzate alla vendita di prodotti medicinali, o che di questi non facciano notorio ed abituale commercio, dal caso di abusiva somministrazione fatta da parte dei farmacisti, ed in confronto ai primi considera come reato anche la semplice detenzione delle sostanze predette, avuto riguardo alla pericolosità sociale del fatto illecito, ed alla necessità di garentire la più seria repressione penale, ciò che non potrebbe verificarsi se nella specie venisse colpito soltanto il fatto della vendita o somministrazione effettiva, che è, per sè stessa, di così difficile accertamento, data la speciale natura del delitto, ed il consenso del danneggiato.

Alla pena restrittiva della libertà personale ed alla pena pecuniaria, entrambe però sancite in misura maggiore in confronto dei farmacisti, essendo in tal caso il dolo generico aggravato dalla violazione degli speciali doveri professionali, è aggiunta la sospensione fino a sei mesi, se trattasi di persone non autorizzate alla vendita di prodotti medicinali, che esercitino una professione od arte, che abbia comunque agevolato il compimento del reato, e per una durata uguale a quella della pena restrittiva della libertà personale, se trattasi di farmacisti.

In confronto ai fabbricanti, concessionari e commercianti di prodotti chimico-farmaceutici il progetto di legge considera come reato la fornitura da essi fatta di sostanze velenose stupefacenti a persone non autorizzate ad acquistarle per esercizio della professione o per uso scientifico, e commina al riguardo le stesse pene sancite per l'abusiva somministrazione ad opera di persone comunque non autorizzate alla vendita di prodotti medicinali.

Speciale obbligo viene fatto ai medici di indicare nelle ricette per la prescrizione di sostanze velenose stupefacenti il cognome, il nome ed il domicilio dell'ammalato, a cui le rilasciano, ed in correlazione vengono comminate severe ammende a carico dei farmacisti, che spediscano ricette, mancanti delle predette indicazioni, come sono altresì aggravate, in confronto ai farmacisti, le penalità, già in atto previste, per l'inosservanza per i casi in ispecie, delle disposizioni di cui all'art. 61 del T. U. delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, ed all'art. 48 del regolamento 13 luglio 1914, n. 829.

Dato poi il carattere più riprovevole dell'atto compiuto, tutte le pene sancite sono congruamente elevate quando la vendita o somministrazione di sostanze velenose stupefacenti venga fatta a persone di età minore; e tende ad integrare in ogni caso gli effetti della sanzione punitiva la speciale disposizione contenuta nel progetto di legge, che fa obbligo della pubblicazione della sentenza di condanna in un giornale da destinarsi nella sentenza stessa tra quelli più diffusi del luogo in cui il reato fu commesso.

NOTIZIE DIVERSE.

Il IV Congresso internazionale di Urologia.

Dal 5 al 7 luglio è stato tenuto a Parigi il primo Congresso della Società Internazionale d'Urologia, ricostituitasi dopo la guerra dall'antica Associazione Internazionale di Urologia.

Presidente del Congresso era il prof. Legueu. Gli argomenti di relazione sono stati: Le nefriti a sindrome uremigena — I risultati lontani della cura dei traumatismi dell'uretra — La pielografia.

Relatori per l'Italia sono stati il Gardini di Bologna sul secondo tema, e il Lasio di Milano sul terzo.

Oltre i due relatori intervennero al Congresso anche altri soci italiani: Nicolich di Trieste (delegato del Comitato italiano), Pavone di Palermo, Bonanome e Pirondini di Roma, Ravasini di Trieste, Tardo, ecc., e parecchi, specie il Nicolich, il Pirondini e il Pavone, presero parte attiva alle discussioni.

Per il prossimo Congresso, che avrà luogo nel 1924, è stata scelta l'Italia, e come sede Roma; Presidente del Congresso venne nominato il professore Alessandri.

Temi di relazione per il prossimo Congresso saranno: Le glicosurie, la vaccinoterapia nella chirurgia urinaria (l'antigonococcica esclusa) e i risultati lontani della cura chirurgica della litiasi renale.

È da augurarsi che tutti i medici e chirurghi italiani che si occupano di urologia, e specialmente i soci della Società Internazionale, daranno tutta la loro opera per la miglior riuscita del Congresso del '24.

VI Congresso Nazionale Chimico-Farmaceutico.

Si tenne nel mese di giugno a Trieste, e riuscì importantissimo. Tra gli argomenti svolti, ripartiti in due sezioni, scientifica e professionale, ne

segnaliamo alcuni che possono maggiormente interessare la classe medica: Infezioni ed antisettici relativi (rel. Ciaburri di Napoli), Arsenobenzolo (rel. dott. Cazzani di Milano), Per la maggior competenza professionale dei neo-laureati (relat. D'Emilio di Napoli), La Farmacopea Ufficiale del Regno e le Convenzioni farmaceutiche internazionali (rel. Belloni di Milano), Il servizio farmaceutico nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (cav. Giongo di Milano), Organizzazione economica della classe (cav. Fiora di Torino), Cooperazione della classe farmaceutica e mutuo soccorso (dott. Loi di Milano). Il prossimo Congresso si adunerà a Palermo.

XIII Congresso Nazionale di Idrologia.

Negli ultimi giorni di settembre avrà luogo a Castellammare di Stabia il XIII Congresso Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Per la parte scientifica sono annunziate numerose e importanti relazioni e comunicazioni di eminenti idrologi. Vien curata anche la preparazione pratica del Congresso da parte di un Comitato ordinatore, il cui ufficio di Presidenza è così composto: prof. Sgobbo, presidente; professor Caro e prof. Marfori, vice-presidenti; dott. Di Tommasi, segretario generale. Il Comune di Castellammare di Stabia ha votato una cospicua somma per le onoranze ai Congressisti. Il sindaco dott. Monti e l'on. comm. Ludovico Fusco hanno costituito un Comitato locale che lavora alacremente per l'ottima riuscita del Congresso.

Settimana di Congressi a Strasburgo.

Dal 3 all'8 ottobre si riuniranno nella città di Strasburgo, ritornata francese, quattro Congressi: il 15° Congresso della Società francese di medicina; il 30° Congresso dell'Associazione francese di chirurgia; la 3ª Adunanza della Società francese d'Ortopedia e il 21° Congresso francese d'Urologia.

Per informazioni concernenti i singoli Congressi rivolgersi rispettivamente al prof. Blum, Clinica Medica B, Strasburgo; al dott. Albert Mouchet, 124, rue de Courcelles, Parigi; al dott. J.-L. Faure, professore di ginecologia alla Facoltà Medica di Parigi; al dott. O. Pasteau, 13, Avenue de Villars, Parigi.

La «Presse Médicale» del 6 luglio pubblica in un supplemento tutte le notizie relative ai quattro Congressi, nonchè ai viaggi, agli alloggi, ecc. (si può richiederlo a Masson & C., editori, Boulevard St-Germain 120, Parigi).

Il conferimento della libera docenza.

Con decreto reale del 12 giugno 1921, n. 847 (pubblicato nel n. 159 della *Gazzetta Ufficiale* del 7 corr.) si stabilisce che le disposizioni di cui al R. D. 26 maggio 1918, n. 765 — per il quale veniva sospeso il conferimento della libera docenza dalla data di pubblicazioni del decreto stesso fino a sei mesi dopo la pubblicazione della pace (31 ottobre 1920) — avranno effetto fino al 1° maggio 1922. Pertanto le domande per il conferimento di libera docenza, presentate dal 1° maggio 1921 in poi, avranno corso solo se intese ad ottenere la libera docenza per titoli. Avranno corso anche le domande di abilitazione per titoli e per esami alla libera docenza presentate anteriormente alla pubblicazione del decreto 26 maggio 1918, quando le rispettive Commissioni giudicatrici siano state già costituite anteriormente alla pubblicazione del decreto stesso.

Corsi di perfezionamento a Parigi.

Saranno tenuti prossimamente i seguenti corsi: dal 19 settembre al 1° ottobre in *ginecologia* dal prof. J.-L. Faure, all'Hôpital Broca; dal 17 agosto al 3 settembre in *medicina infantile* dal professor Nobécourt, all'Hôpital des Enfants malades; dal 5 al 20 settembre sulle *malattie del sistema digerente* dal prof. A. Gilbert, presso la Clinica medica dell'Hôtel-Dieu; durante il mese di ottobre in *istologia* dal prof. Prenaut ed in *anatomia patologica* dal prof. Letulle, presso i laboratorii d'istologia e d'anatomia patologica della Facoltà di Medicina. Le tasse importano 150 franchi per ciascuno dei primi tre corsi e 80 franchi per ciascuno dei due ultimi. Per iscriversi rivolgersi alla Segreteria della Facoltà; per informazioni rivolgersi all'«Association pour le développement des relations médicales» presso la Facoltà.

Per l'assistenza sanitaria ai mutilati in Francia.

In seguito alla campagna energica condotta dall'«Union des Syndicats médicaux de France» e sostenuta validamente dal «Syndicat des Médecins de la Seine», il decreto del Ministero delle pensioni, in data 9 marzo 1921, che tassava le prestazioni mediche ai mutilati, è stato ritirato, su parere di una Commissione in cui erano rappresentati i mutilati, i medici e il Governo.

Il ministro, presente, dichiarò di «cedere su tutti i punti»; chiese soltanto che il decreto fosse applicato per le prestazioni già date. I medici, che non facevano una questione puramente pecuniaria ma sovratutto morale, non hanno insistito.

A causa di un incidente spiacevole, due membri della Commissione, rappresentanti l'Unione dei Sindacati, abbandonarono la sala; malgrado la loro assenza però le deliberazioni sono state in tutto favorevoli ai medici. Una Commissione tripartita, in cui saranno rappresentati i medici, i mutilati ed i funzionari, prenderà di nuovo in esame l'insieme della questione, compreso il controllo, restando inteso che la tariffa sarà concordata e non più imposta e che le cure chirurgiche e speciali verranno anch'esse contemplate (il decreto 9 marzo si limitava a prevederne il trattamento negli ospedali pubblici).

Cassa Nazionale Infortuni.

Delle operazioni compiute dalla Cassa Nazionale per gli infortuni sul lavoro durante i primi cinque mesi del corrente anno, col tramite dei suoi Uffici (Compartimenti, Sedi secondarie ed Agenzie) distribuiti per tutto il Regno, sono da annoverare fra le principali quelle appresso indicate.

Per l'assicurazione degli infortuni industriali ha emesso 26,903 nuove polizze assicuranti 420,702 operai; ha inoltre ricevuto 52,809 denuncie d'infortunio e pagato lire 15,705,496.35 d'indennità per

52,074 casi d'infortunio, di cui 188 di morte e 4078 d'inabilità permanente.

Per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni agricoli ha ricevuto la denuncia di 14,953 infortuni e pagato lire 1,599.095.11 d'indennità per 13,947 casi d'infortunio, di cui 222 di morte e 888 d'inabilità permanente.

In totale nei primi cinque mesi del 1921 la Cassa Nazionale Infortuni ha ricevuto la denuncia di 67,762 casi d'infortunio e ha pagato L. 17,304.591.46 d'indennità.

Le prime osservazioni sulla anafilassi.

In una recente Conferenza all'Associazione per il progresso delle Scienze di Chicago, Flexner ha comunicato che le prime osservazioni sulla anafilassi si devono a Magendie, il quale nel 1839 riferiva come un animale trattato per la seconda volta con albumina d'uovo muoia. Molto tempo dopo, nel 1904, lo stesso Flexner, osservò che il coniglio non sopporta impunemente le reiniezioni di siero di cane, che possono ucciderlo. Quattro anni dopo videro la luce le ricerche di Richet ed Héricourt sul veleno delle attinie: da esse trae origine la dottrina dell'anafilassi.

L'esercizio privato della medicina vietato in Russia

La «Medizinische Klinik» riporta da una corrispondenza di un medico austriaco tornato dalla Russia, pubblicata sulla «Allgemeine Zeitung», la notizia che il Governo dei Sovieti ha vietato recentemente la pratica privata della medicina, che costituiva l'ultimo affare privato ancora permesso. Tutti i medici prestano la loro opera con stipendio fisso.

Per le opere di Ippocrate in Germania.

Un mercante di Berlino, che intende conservare l'anonimo, ha offerto all'Accademia Prussiana delle Scienze la somma di 150,000 marchi da essere destinata alla pubblicazione delle opere di Ippocrate. (*Journal A. M. A.*).

Ieri PAOLO RUSCA è morto nella sua piccola casetta di Cernusco in Lombardia, dove da qualche mese si era ritirato a malincuore, febbricitante, dopo che la morte del fratello, medico giovane anch'egli, ne aveva infranto la resistenza con l'intima certezza di ritornare presto al lavoro. Alla fragilità fisica faceva contrasto una intensa forza morale, che illuminava spiritualmente il suo volto sempre pallido. Amico suo da anni, ho pianto, come tutti gli amici suoi certo, per la ferocia inesorabile dell'ingiustizia che ha troncato, nel suo fiorire, un'energia così bella, così ammonitrice, così superiore, fra tante mediocrità della vita. Perchè chi conosceva Paolo Rusca, doveva sentirsi più buono, più sensibile: la sua era una luce morale che si diffondeva al di fuori della sua coscienza intorno a lui.

La sua vita così breve — aveva appena 29 anni — era stata solo una quotidiana tortura che il tempo fuggisse troppo presto per il suo desiderio avido di apprendere le verità della scienza e di nobilitare il suo spirito. L'emozione mi vela il ricordo dei fatti e sarei monco e impreciso se volessi descrivere l'attività di Lui. Laureato giovanissimo in medicina a Pavia, a nessuno mai secondo, allievo prediletto del Forlanini e del Golgi, fu dapprima studioso profondo di anatomia patologica e di medicina interna in cui possedeva una cultura solida e a cui aveva portato contributi di osservazione personale che rivelavano sempre genialità e diligenza. Il suo lavoro di laurea sulla «Citosteatonecrosi disseminata del pancreas» è considerato un ottimo contributo di anatomia patologica e di patologia sperimentale. E le sue note numerose riflettono argomenti i più vari dell'umana patologia. Con una preparazione generale non comune, egli si era solo da qualche anno dedicato allo studio della dermatologia e della sifilografia ed era attualmente assistente della Clinica Dermosifilopatica di Roma, che certo si sarebbe vantata della sua operosità geniale ed instancabile. Egli aveva già iniziato un importante lavoro sulle «lesioni luetiche terziarie delle ossa radiologicamente studiate.

Anima di una sensibilità complessa, amava appassionatamente la musica e la letteratura: interprete fine di Wagner, ha scritto saggi di critica musicale, e la «Critica musicale» e il «Marzocco» lo ebbero collaboratore apprezzatissimo. Fu scrittore versatile e non superficiale. Perfetto conoscitore delle lingue, se ne valeva per leggere e recensire prontamente gli studi più recenti della specialità dai giornali medici di tutti i paesi. E il «Policlinico» ne conosceva l'alacrità e la perseveranza.

Era un giovane dalla mente matura, dalla cultura forte, di grande ingegno, di gran cuore, di volontà tenacissima e l'avvenire gli sorrideva sicuro in lontananza, mentre l'insidia sottile del male inesorabile lo serrava sempre più da vicino.

Tutti i colleghi della Clinica di Roma e chi lo ha conosciuto non lo dimenticheranno e depongono il loro affettuoso rimpianto, come un fiore eterno, sulla sua tomba.

Roma, 12 luglio 1921.

CESARE DUCREY.

È morto in Weimar, a 79 anni, il dott. LUDWIG PFEIFFER.

Giovanissimo si dedicò alla matematica ed alle scienze naturali, poi alla medicina, nella quale conseguì la laurea a 21 anni. Fu un brillante professionista; poi venne attratto dall'igiene pubblica, coltivata e promossa allora da Pettenkofer. Egli seppe rendersi utile nella lotta contro il colera, malattia sulla quale fece interessanti studii. Molto apprezzato è anche il suo lavoro sulla vaccinazione antivaiolosa. Difese strenuamente gl'interessi della classe medica. Negli ultimi anni coltivò, con passione e successo, la preistoria.

A. S.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

The British Medical Journal, 25 giugno. — A. FULLERTON. L'ematuria quale è vista dal chirurgo.

La Presse Médicale, 25 giugno. — L. BARD. Meccanismo di produzione delle pleuriti pulsanti. — H. CHABANIER, P. MARQUEZY e A. DE CASTRO GALHARDO. La crisi d'iperazotemia.

Gazette des Hôpitaux, 25 giugno. — COURTOIS-SUFFIT e R. GIROUX. Il traffico della cocaina: studio d'igiene sociale.

Journal des Praticiens, 25 giugno. — A. BROCA. Le artriti delle articolazioni mal ridotte.

La Prensa Médica Argentina, 30 maggio. — M. P. BARBARO. Il salicilato di soda per via endovenosa.

Revue Tunisienne des Sciences Médicales, giugno. — F. MASSELOT. La tubercolosi acuta a prognosi immediata favorevole.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 26 maggio. — V. SCOCCIA. La ricomparsa di una vecchia malattia (febbre miliare).

La Liguria Medica, 1 aprile. — G. FERRUA. L'estratto di cartilagini. Contributo all'opoterapia della diatesi urica.

Studium, 20 giugno. — A. CARDARELLI. Gli ascessi della parete addominale.

Rivista di Clinica Pediatrica, aprile. — P. BRUSA. Alterazioni organiche dell'apparato respiratorio da deformità del torace rachitico.

Giornale di Clinica Medica, 20 maggio. A. ROSSI. L'indagine radiologica nella diagnosi differenziale fra morbo di Barlow e rachitismo.

La Presse Médicale, 29 giugno. — A. FEIL. Occipitalizzazione dell'atlante e torcicollo congenito. — G. AUDAIN. Che cosa non si deve trascurare prima degli interventi chirurgici.

La Stomatologia, aprile. — H. ALLAEYS. Le vitamine in stomatologia.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle, III. — A. PASINI. Peritonite e peritonismo blenorragico. — L. MARTINOTTI. Parapsoriasi.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed. resp.*

ANNO XXVIII Roma, 1° Agosto 1921 Fasc. 31

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

IGIENE.

La propaganda igienica e la scuola.

Prof. ACHILLE SCLAVO (1).

Le speranze, che si fondano sopra un attivo intervento dei poteri legislativi nel campo della pubblica igiene, sono troppo spesso deluse: noi però avremo modo, forse anche migliore, di adoperarci in pro dell'igiene, suscitando verso di essa, fra il popolo, quell'amore, che per ora non arde abbastanza in tutti i cuori.

L'IGIENE E LA SCUOLA.

Si può affermare senza esitazione che il modo più sicuro e forse anche più rapido che valga a stringere il popolo intiero in un consenso di rispetto e di amore verso l'Igiene, consiste nell'accordare larghi aiuti alle Scuole e tanto maggiormente a quelle che sono destinate ad accogliere i più giovani allievi.

Si pensi infatti che il vivere secondo le norme dell'Igiene corrisponde al conformarsi alle virtù, e queste si contraggono con l'esercizio e ben poco o nulla sentendone ricordare solo i precetti, massime allorchè a questi non si accordano i fatti.

A tutti è poi noto come sia plasmabile l'a-

(1) Riassumiamo largamente il discorso inaugurale che il Prof. Sclavo, presidente della Federazione fra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica, ha pronunziato al 4° Congresso Nazionale a Trento. Ringraziamo il prof. Sclavo per la cortesia addimostrataci, affidandoci il manoscritto del suo discorso, dolenti di non potere, per la tirannia dello spazio, pubblicarlo nella sua integrità.

nima infantile, la quale per di più si fa tenacissima a ritenere l'acquistato.

Il bambino quindi entrando nelle pubbliche scuole dovrebbe trovarvi subito ambiente ed organizzazione tali da essere costretto ad un tenore salubre di vita, atto a favorire il suo normale sviluppo. Al beneficio immediato della salute, si collegherebbe il manifestarsi ed il persistere di buone abitudini preservatrici da futuri pericoli.

Provvida fu la legge che permise in breve tempo e con impiego di parecchie centinaia di milioni, la costruzione di numerosi edifizî scolastici in Italia. I benefici, però, che ne ridondarono, non sono stati molto grandi, per diverse ragioni, fra cui principalmente la mancanza di un numero sufficiente di tecnici e l'impaccio dei regolamenti.

Anche la Commissione istituita da S. E. Credaro per suggerire via via utili provvedimenti igienici, ebbe scarsa attività. Per fortuna essa ebbe a presidente il Direttore generale della Sanità pubblica, Alberto Lutrario, il quale con i mezzi finanziari dell'amministrazione a lui affidata, sussidiò quanto si potè concludere, pure essendo l'obbligo piuttosto di pertinenza del Ministero della Pubblica istruzione.

Ad attrarre maggiormente ed al più presto il favore del pubblico verso l'Igiene, e quindi verso la Scuola, che ad essa può rendere i maggiori servizi, parmi che specialmente convenga mettere in chiara luce fin dove la nostra coscienza si estende con il suo valore.

Non intendo davvero soffermarmi a dimostrare quanto l'Igiene è in grado di operare, evitando malattie e morti avanti tempo. Ormai mille e mille statistiche ci permettono di apprezzare l'Igiene sotto tal riguardo, ed anche le plebi più incolte hanno già avuto sentore delle sue virtù, tantochè cominciano ad invocarla, per lo meno quando sono invase di spavento davanti ai morbi epidemici.

Neppure voglio addentrarmi fra le cifre significative degli immensi guadagni materiali dovuti all'Igiene, la quale liberò i commerci da mille impacci, permise coi suoi trovati di conservare per il consumo mondiale enormi quantità di alimenti soggetti a deperimento ed a rovina, salvò da malattie e da morti il bestiame forse più che l'uomo stesso. Per poco che ciascuno si guardi attorno è obbligato a scorgere qualche prova di così prodigiose conquiste.

Non è invece abbastanza valutata l'Igiene in quanto essa può proteggerci da piccole offese, evitarci leggeri disturbi, risparmiarci semplici incomodi.

Sebbene questi danni non mettono che raramente capo ad un vero stato di malattia, sono però talora valutabili in grave maniera in quanto turbano peculiari funzioni con minor rendimento dell'organismo umano. Siamo debitori alle osservazioni ed alle prove fatte in alcune industrie ed in adatti laboratorii di non poche conoscenze, che ci illuminano assai sul punto in questione.

Il cosidetto Taylorismo, applicato ad ottenere un prodotto più perfetto e più abbondante con risparmio di fatica, deve molto dei suoi risultati al rispetto da parte degli operai di una scrupolosa igiene, le cui norme furono pure desunte dagli studi sulla fisiologia del lavoro. Molti infortuni in certi mestieri sono oggidì riferibili a ragioni igieniche, alle quali in passato non si sapeva accordare importanza di sorta.

Da ciò è facile comprendere quanto bene può venire alla Scuola, dove col cervello si compiano i più delicati lavori, tenendovisi gli allievi ad un regime di vita, accettabile in tutto dall'Igiene. Io che da anni credo di impiegare bene il mio tempo visitando in molti luoghi le scuole dei piccoli ed intrattenendomi a lungo in esse, ho constatato, al pari di altri, quanto giovi la Scuola all'aperto, in cui di continuo l'aria si rinnova e la luce si mantiene viva attorno all'allievo, non solo a rinvigorire il corpo, ma anche a rendere più proficuo ogni insegnamento. Ecco una ragione di più e fortissima per cui l'Igiene ha il diritto e il dovere di collaborare con la Pedagogia per un maggior frutto della Scuola.

Quando poi l'Igiene si industria ad imporre la pulizia personale e a promuovere con un metodico esercizio fisico lo sviluppo corporeo e l'armonia delle forme aspira bensì ad accrescere il patrimonio individuale di salute e di forza ma nello stesso tempo richiama l'uomo al rispetto della sua dignità e al sentimento della bellezza, la quale spesso e volentieri si accompagna alla bontà, secondo l'antico concetto espresso da Platone. È questo un lavoro di perfezionamento umano, che conferisce all'Igiene un valore etico meritevole della massima estimazione.

Con ogni suo atto del resto l'Igiene concorre a fortificare i vincoli della solidarietà umana che è quanto dire la morale degli uomini, giacchè il bene, che essa procura al singolo, si estende in ogni caso più o meno largamente ad altri.

È così inerente il carattere sociale all'Igiene che io non ho mai capito come alcuni possono parlare di Igiene Sociale quasichè ne esista una che tale non sia, pure ammettendo che certi provvedimenti igienici sono di

più lunga portata a vantaggio di un maggior numero di persone.

Indubbiamente un maestro sagace riesce a trovare nel campo dell'Igiene continue occasioni atte a dimostrare ai suoi discepoli i doveri derivanti dal consorzio umano e la convenienza di accettarli.

Un bambino ad esempio colpito da morbo contagioso può essere argomento opportuno a giustificare le misure di isolamento, a parlare dei danni materiali ascrivibili alle malattie, a fare sentire l'obbligo di soccorrere chi non è in grado di lavorare, a colorire i dolori, le ansie, le fatiche dei congiunti e specialmente della mamma dell'allievo ammalato e quindi a rilevare alcune delle ragioni naturali, per cui si è costituita la famiglia umana indistruttibile.

Intervenendo quell'insegnante tra i giochi dei suoi allievi, avrà modo di fare constatare che nessuno si diverte nè ricava utilità di sorta se i movimenti avvengono senz'ordine a capriccio, limitando ciascuno la propria libertà non meno che quella degli altri.

Con la prospettiva di questo quadro, dove cercai di tracciare i lineamenti più caratteristici dell'Igiene, è facile farci un'idea non soltanto dell'ampiezza dei domini dell'Igiene ma eziandio della vastità di cultura necessaria a coloro, che abbiano da dirigerne le applicazioni, medici, o maestri, od altri che siano.

È proprio nella preparazione di questo personale direttivo, che si manifestano gravi deficienze. Anzitutto, l'insegnamento, nelle facoltà mediche, è diretto più all'arte di guarire che a quella di prevenire: le dotazioni concesse agli istituti di igiene sono poi affatto insufficienti: inoltre per il veto di nuove assunzioni di personale, questo si è ridotto sicchè in certi istituti non è rimasto che un solo assistente, ciò che è del tutto inadeguato ai bisogni; l'insegnamento dell'Igiene diventa così, quasi unicamente teorico con scarse e poco vigilate esercitazioni pratiche.

Ne consegue che anche i cosidetti certificati di perfezionamento in Igiene, conseguiti dai laureati in medicina dopo speciali corsi, non garantiscono molto sull'acquisto di una seria cultura. E che la verità sia propria questa, capita di aver prova ai concorsi, giacchè a posti di notevole importanza si presentano di solito candidati in scarso numero e verso i quali occorre talvolta usare non poca indulgenza.

La trascuranza, in cui si lascia l'insegnamento dell'Igiene presso le Università, non si fa sentire soltanto a danno dei medici, ma si riflette anche sulle levatrici, sugli infermieri, che ora costituiscono un personale scadente.

Decisioni energiche in proposito sono necessarie anche per l'applicazione della legge già votata sulle assicurazioni contro le malattie. Da tale legge alcuni si attendono effetti prodigiosi tra cui la salvazione dei nostri ospedali, i quali al presente si trovano quasi tutti in pessime condizioni finanziarie. Ma quale forza di attrazione potranno esercitare gli ospedali, se continueranno a funzionare nel solito modo, che è per buona parte causa del loro spopolamento? Si impone quindi il dovere agli igienisti di alzare la voce affinchè si conoscano da tutti le intollerabili deficienze dei nostri servizi di assistenza ospedaliera, e si trovino ad esse compensi.

Ma oltre al personale sanitario l'Igiene ha da pensare nelle Università a tutti quanti la frequentano per percorrere la carriera dell'insegnamento. Già è l'Igiene materia obbligatoria per maestri inscritti alle Scuole Pedagogiche di perfezionamento. Più di una promessa la Commissione per l'Igiene Scolastica ha ricevuto alla proposta che speciali corsi si tengano agli studenti delle Facoltà di Lettere.

Quale immenso vantaggio avrebbe il Paese, se anche tali insegnamenti usufruissero di Istituti Universitari d'Igiene forniti a dovere di personale, di locali, di materiale scientifico e didattico, di libri e di musei!

Con quanto ho esposto, io non credo di avere avanzato in nome dell'Igiene pretese esagerate a favore degli Istituti Universitari, da cui quella scienza si insegna. Molto ma molto di più si è fatto in altre Nazioni e specialmente negli Stati Uniti, dove fioriscono sempre maggiormente presso le Università numerose Scuole di Sanità Pubblica, incaricate di impartire l'insegnamento di Igiene al più svariato genere di persone.

Forse il mio accenno agli Stati Uniti, paese esuberante d'ogni ricchezza, farà sorridere a chi ben sa come in Italia si corre subito all'idea di fare economia nelle Università, sopprimendone anche più d'una, ogni qualvolta lo Stato trovasi in uno dei suoi frequenti imbarazzi finanziari.

Non è il caso di fermarsi a discutere queste meschine vedute comprovanti la poca fede nella scienza, che ha arricchito altri popoli, e l'ignoranza di alcuni nostri grandi bisogni.

Non posso però fare a meno di dire, in accordo alle convinzioni di molti, che le nostre Università non sono troppe. Nessuno le ri-

terrebbe tali se il Governo avesse saputo realizzarle meglio ed in varia guisa.

Ciò potrebbe ottenersi organizzando p. e. a Napoli l'istituto per lo studio delle malattie tropicali, a Genova quello per l'Igiene navale, a Siena la stazione sperimentale per lo studio della depurazione biologica, a Roma, Padova, in Sardegna gli studi sulla malaria, a Bologna dove è il grandioso Istituto Rizzoli quelli dell'educazione fisica, a Firenze, con la cooperazione della Scuola di Sanità militare, lo studio di speciali problemi tecnici di igiene militare, e la diffusione dell'Igiene nell'Esercito.

In correlazione coll'incremento dello studio dell'Igiene nell'ambiente universitario urge diffondere la cultura igienica fra tutti coloro che, senza passare per le Università, percorrono la carriera delle Scuole primarie, in cui l'Igiene è da applicarsi, come dissi, con massima cura.

Gran fatica durò la Commissione per l'Igiene Scolastica ad ottenere la deroga alla disposizione per la quale l'Igiene, anzichè da medici, veniva insegnata nelle scuole normali ai futuri maestri dai Professori di Scienze naturali.

Si cominciò dall'accettare un corso di cinque lezioni all'anno fatto dai medici; nei due anni successivi si prolungò il corso a dieci lezioni, e le prove dei grandi profitti ottenuti consigliano di largheggiare nel tempo portando almeno a quindici il numero delle lezioni.

Molte essendo però le scuole normali del Regno, mancano ancora per parecchie i medici, che ci diano affidamento di sapere impartire l'insegnamento, cosicchè sono da riprendere presso le Università i corsi per medici scolastici.

Veramente tali brevi corsi non possono ripromettersi di preparare sempre medici atti a fare contemporaneamente bene due servizi, cioè a portare nelle scuole particolari sussidi delle scienze mediche e a tenere lezioni d'Igiene nelle Scuole Normali.

L'arte dell'insegnare è assai difficile, massima quando è diretta alla volgarizzazione della scienza. Occorre in questi casi una certa dose di modestia, da non mettersi mai da parte quando si salgono i gradini della cattedra. Di lassù volendo fare sfoggio di molto sapere si evita forse il banale ma spesso si riesce incomprensibili e quindi inefficaci. Ed a me pare che tali pericoli si corrano specialmente nell'insegnamento dell'Igiene, la quale è per di più materia facilmente inquinabile a contatto del demagogismo e della rettorica.

Fortunatamente l'interesse della scolaresca all'Igiene è così vivo che l'insegnante ne ha stimolo a compiere il dover suo con serietà ed amore.

Mi preme però esprimere in forma precisa il voto che gli incarichi e le riconferme per gli insegnamenti anzidetti si accordino soltanto su motivata proposta di una Commissione di persone competenti, indipendenti da ogni influenza politica o burocratica, e che solo si ispirino nelle decisioni al bene grandissimo ricavabile da una scelta eseguita con scrupolo

C'è però oltre al campo riservato all'opera dello Stato un ampio terreno libero alle attività di molti — enti e privati —, che aspirino a giovare alla causa dell'Igiene, educando ad essa le giovani esistenze e soccorendole nei loro più urgenti bisogni.

LE ISTITUZIONI PARASCOLASTICHE.

Ancor più che per quanto occorre nelle Scuole ordinarie l'Igiene può dimostrarsi ottima sorella della Pedagogia, lavorando con essa a vantaggio di quelle istituzioni che furono dette parascolastiche.

L'aggettivo non è stato coniato in Italia, ma anche da noi, e non da ieri soltanto, si sono dati splendidi esempi di saper fare grandi cose a complemento della scuola per virtù di persone veramente meritevoli della gratitudine nazionale.

Ricordo tra i nomi più benemeriti quelli di Giovanni Cena, di Alessandro Randi, di Camillo Poli, di Francesco Abba, di Giuseppe Tropeano, di Giuseppina Le Maire, di Giuseppina Pizzigoni, di Enrichetta Chiaraviglio, di Marianna Denti.

Così felici furono essi tutti nell'attuazione dei loro tenaci propositi, che non c'è da perdere molto tempo ad immaginare nuovi programmi; basterà per lo più accomodare l'opera da compiersi ai modelli, che da quei benefattori ci vennero dati.

Mi si consenta tuttavia di esporre alcune considerazioni, che forse a tutta prima sembreranno poco attinenti all'argomento di cui sto trattando.

Il flagello della tubercolosi talmente ha tormentato e tormenta le popolazioni che le nazioni civili si decisero da tempo a combattere tanto male con ogni mezzo suggerito dalla scienza.

La lotta però assunse vario carattere a seconda dei luoghi per ragioni molteplici.

Il popolo inglese, fece del miglioramento delle abitazioni il centro della sua attività profilattica; la Germania, invece, diede la maggiore importanza alla misura dell'isolamento raggiungibile mediante i sanatori. Mentre l'Inghilterra e la Germania ci davano tali esem-

pi di energia e di sapienza nella lotta antitubercolare, ci venivano dalla Scienza rivelati segreti in cui possono trovarsi tesori di nuove provvidenze.

Così si venne a sapere che se per la maggior parte delle malattie infettive il momento in cui ha luogo l'infezione con la penetrazione dei microrganismi nei tessuti è seguito abbastanza presto da manifesti disturbi della salute, quell'intervallo invece fra i due tempi, che costituisce il cosidetto periodo di incubazione, è per la tubercolosi talora lunghissimo, anche di anni ed anni. Ed ormai un gran numero di dati e di prove dimostrano essere spesso le malattie tubercolari dell'adulto la conseguenza di infezioni contratte nell'infanzia e favorite, nell'attecchimento e nello sviluppo, da varie circostanze e moltissimo da cattive abitudini di vita.

Insistendosi frattanto nel ricercare come si comportasse l'individuo infetto di tubercolosi di fronte a moltissimi agenti, rifulse sempre più la verità che l'uomo dispone in sè stesso di non piccole forze per resistere al bacillo tubercolare, riuscendo nel miglior modo vincitore nella lotta con l'uniformarsi alle prescrizioni dell'Igiene e particolarmente respirando aria buona sotto un cielo fulgido di sole.

Non si può negare che esistano certi luoghi eminentemente adatti alla cura di speciali forme tubercolari; ma con la testimonianza dei molti vantaggi constatati dobbiamo proclamare che in ogni regione d'Italia si trovano a dovizia aria pura e splendido sole da mettersi a profitto dei bambini nostri allo scopo di renderli gagliardi o di guarirli.

Quello che costerebbe assai, trovandolo altrove su lontane spiaggie marine o in altre regioni di montagna, si ha dunque spesso a sufficienza senza muoversi o a pochi passi sicchè diventa godibile da molti con poco scomodo e con lieve dispendio. Ecco la grande fortuna, largitaci col clima, della quale bisogna rendersi meritevoli, con un lavoro assiduo, attento, rivolto a mire precise, che sono appunto rappresentate per gran parte dalle istituzioni parascolastiche. Evidentemente tra queste i ricreatori hanno gran diritto di precedenza, giacchè sottraendo a lungo i bambini da case, non facilmente risanabili, e da strade, piene di pericoli d'ogni genere, per accoglierli in ambienti salubri, morali, dilettevoli, possono provvedere in maniera relativamente facile a tanti bisogni sia del corpo che dello spirito per un numero grande di individui. Gli effetti dunque derivanti dalla frequenza ad un ricreatorio, governato veramente con intelletto d'amore, saranno rappresentati non meno dall'acquisto di buone abitudini di vario genere che da un guadagno di salute, due risultati che bene si accordano tra di loro integrandosi a vicenda.

È questo presso a poco il concetto racchiuso nelle parole del Di Vestea, che occupandosi del modo di far fronte al pericolo tubercolare affermava anni or sono che la lotta per avere efficacia contro quel male deve di necessità implicare una riforma di costumi.

A chi fosse ancora dubbioso ad ammettere che mediante i ricreatori si può nella miglior maniera fare un gran bene in tanti sensi raccomanderei specialmente di visitare a Milano ed a Cremona le mirabili istituzioni del Ricreatorio al Trotter e delle Colonie al Po.

Che se quegli esempi sembrassero troppo grandiosi per servire di regola a piccoli centri, posso per questi ricordare l'opera che con forma modestissima ma con frutti eccellenti svolgono in Siena le Signorine Margherita Bartalini ed Amy Turton. Venuta la buona stagione quelle due donne di fede passano al mattino per le più povere strade di Siena e chiamano a sè i bambini più trascurati dai parenti, più gracili di salute.

Il corteo man mano si ingrossa salendo fino ai baluardi della Fortezza, pubblico passeggio donde tra il verde delle piante si gode uno dei panorami più incantevoli. In quel luogo tutti i bambini accorsi trovano fino a sera un mondo di cure e di affetti, sicchè ognuno di essi non tarda a trasformarsi in un altro essere assai migliore.

Alle spese, che sono esigue del resto, concorre la beneficenza pubblica, la quale volentieri dà anche perchè ha modo di apprezzare il rendimento dell'obolo suo.

Certamente non si trovano ovunque anime elette, come quelle che vivificano l'opera di Siena e gli apostoli davvero non si sostituiscono in tutto con gli impiegati. Io però che credo non esservi al mondo penuria di uomini buoni, sono pure d'avviso che uno dei primi uffici della nostra Propaganda Igienica stia nel fare ricerca di quelle anime migliori e nel favorirle, affinchè si sprigioni da esse, a conforto altrui, tutto il profumo delle loro virtù.

Un limpido esempio di quanto si possa ottenere con una ferma volontà ed una seria organizzazione, per risolvere anche problemi igienici assai complessi, ci viene dato dal Trentino con la lotta contro la pellagra.

Dal ricovero dei pellagrosi in ospedali appositi al miglioramento delle case coloniche fornite anche d'acqua con dispendiose condutture; dal favorire speciali coltivazioni atte ad

eliminare quella del granturco alla municipalizzazione del servizio di panificazione; dalla distribuzione di sussidi d'ogni genere al creare industrie casalinghe con i relativi commerci a vantaggio delle famiglie povere, tutto fu tentato in misura conveniente e senza interruzioni.

L'Igiene fu dunque applicata secondo ragione con fermi propositi e con spirito eclettico ricorrendo cioè a tutti i metodi sperimentati utili, senza mutar condotta ai primi strepiti di qualche ambizioso, o illuso o impaziente di ordire intrighi.

Ma ancor più è da rilevarsi il fatto che tra tanto movimento di congegni amministrativi le varie forze lavorarono concordi senza elidersi, cioè col massimo risultato.

C'è ancora di buon augurio il fatto che il Trentino si dimostrò recentemente terra propizia ad una magnifica iniziativa di grande valore igienico.

In tempo relativamente breve l'*Opera di Assistenza Nazionale all'Italia redenta* si conquistò le simpatie di queste popolazioni adoperandosi in moltissime maniere a tutelare la prima infanzia, giovandosi dell'opera di signorine trentine, che furono inesauribili nel prodigare con tutte le forze dell'intelletto e del sentimento a soccorrere madri disgraziate e bambini innocenti nei nomi ancora santi della carità e della beneficenza.

Parmi quindi che il deliberato nostro di dare da Trento un grande impluso alla Propaganda Igienica, equivalga a mettersi all'opera sotto i migliori auspici, dacchè la serietà dei propositi e l'armonia degli sforzi concessero all'Igiene di compiere in questa regione queste sue grandi prove.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA.
Direttore incaricato: prof. A. CATTERINA.

Calcolo dell'uretere sinistro Rimozione - Guarigione.

Dott. A. CATTERINA, assistente.

Crediamo utile riferire la storia dettagliata che riguarda una donna da più anni sofferente di un calcolo dell'uretere sinistro nella sua porzione intrapelvica.

Anamnesi. — Garaventa Caterina d'anni 31, nubile, casalinga, nata e domiciliata a Genova. Nulla presenta dal lato gentilizio. A sette anni ebbe a soffrire una infezione tifosa che si protrasse per lungo tempo con metastasi all'articolazione coxo-femorale; guarì senza alterazioni funzionali. Mestruò a 14 anni e da allora in poi sempre regolarmente. Dodici anni or sono fu operata in questa clinica per emorroidi a tipo dolorifico. Dopo due anni e mezzo ritornò in clinica accusando sempre dolori specialmente alla defecazione e fu nuovamente operata di divulsione anale, sempre per ragade dolente. Ciò non pertanto i dolori continuarono ed anzi spesso si esacerbavano malgrado le cure mediche intraprese dopo l'ultima operazione. Le condizioni generali si mantennero sempre buone; solo qualche volta ebbe a notare qualche disturbo alla minzione e qualche deposito scarso nelle urine.

Ritorna in Clinica per essere nuovamente operata il 20 marzo 1919.

Stato presente. — Donna di aspetto abbastanza robusto; negativo l'esame degli organi viscerali. All'ispezione della regione anale si notano delle piccole e superficiali screpolature una delle quali più profonda situata anteriormente.

L'esplorazione digitale provoca dolore abbastanza intenso e notevole costrizione degli sfinteri.

Esame urine: Reazione acida; densità 1014; albumina traccie; sedimento; numerosi globuli bianchi ed epiteli vescicali.

Il giorno 10 aprile l'ammalata, previa anestesia generale, viene operata di divulsione anale.

Il decorso fu buono, ma anche dopo ristabilitesi normali le condizioni della parte operata, l'ammalata si lagnava continuamente accusando gli stessi dolori che aveva prima dell'operazione e le sofferenze si esacerbavano anche durante e dopo la minzione.

Riesaminata con diligenza la paziente, si notò una esacerbazione dei dolori facendo pressione profonda entro la pelvi e così pure si producevano dolori facendo una forte pressione al sacro ed al coccige.

Escludendo assolutamente per il carattere della persona qualsiasi simulazione isterica, e sospettando vi dovesse essere qualche cosa di abnorme nel piccolo bacino o nell'alto apparecchio urinario, fu ordinato al radiologo della Clinica, sig. Sestili, di indagare radiologicamente la regione della pelvi renale si-

nistra e dell'uretere per l'eventuale presenza di qualche calcolo o, in caso negativo, ricercare nel piccolo bacino lo stato dell'uretere sinistro e delle ossa pelviche.

La ricerca radiologica dell'apparecchio alto urinario fu negativa mentre riuscirono positive tre ricerche in tempi diversi che misero in evidenza un calcolo di forma elittica del diametro maggiore di 35 mm., del minore di 12 mm.; calcolo che proiettivamente si desumeva trovarsi nell'ultima porzione dell'uretete sinistro (Fig. 1).

In seguito a questo reperto abbiamo fatta una nuova esplorazione rettale, per mezzo della quale si poteva nettamente sentire la presenza di un corpo duro, specialmente verso sinistra, della grandezza di un uovo di piccione, situato a pochi cent. (3-4) sopra lo sbocco dell'uretere sinistro in vescica. Non si fece l'esame vaginale essendo la donna *virgo intacta*.

Riesaminate le urine si trovarono nuovamente traccie di albumina e un deposito costituito prevalentemene da globuli bianchi in via di degenerazione granulo-grassosa e da cellule degli alti strati epiteliali della vescica.

Cistoscopia. — All'esame cistoscopico si osservano le pareti vescicali normali; lo sbocco ureterale di destra non presenta alcuna alterazione di sorta e il getto dell'urina è regolare. L'orificio ureterale sinistro è alquanto retratto e non è possibile notare un apprezzabile getto di urine.

Con i dati che si avevano alla mano non si credette necessario fare il sondaggio degli ureteri.

Si propose alla paziente l'estrazione del calcolo non nascondendo le difficoltà dell'atto operativo che ella accettò ben volentieri.

Preparata convenientemente l'ammalata il 17 maggio 1919 si passa all'*Operazione*. Opera il prof. Catterina. Assistono il prof. Macaggi, il prof. Moro, dott. Paganelli, dott. Vignolo, dott. Macaggi. Presenziano gli studenti.

1° Si conduce un'ampia incisione che dall'anello inguinale esterno di sinistra corre sopra l'arco di Poparzio e si incurva in alto sin quasi all'arco costale in corrispondenza della linea ascellare anteriore. (Vedi figura 2).

2° Sulla stessa linea si incidono i muscoli e la *fascia trasversalis* mettendo in evidenza i vasi epigastrici profondi ed il grasso sottoperitoneale. Si passa quindi al distacco del peritoneo dalla fossa iliaca e si scoprono subito i vasi iliaci.

3° Si continua il sollevamento del peritoneo pelvico sino a scoprire l'uretere. Durante queste manovre si fanno delle piccole lacerazioni peritoneali che vengono immediatamente suturate.

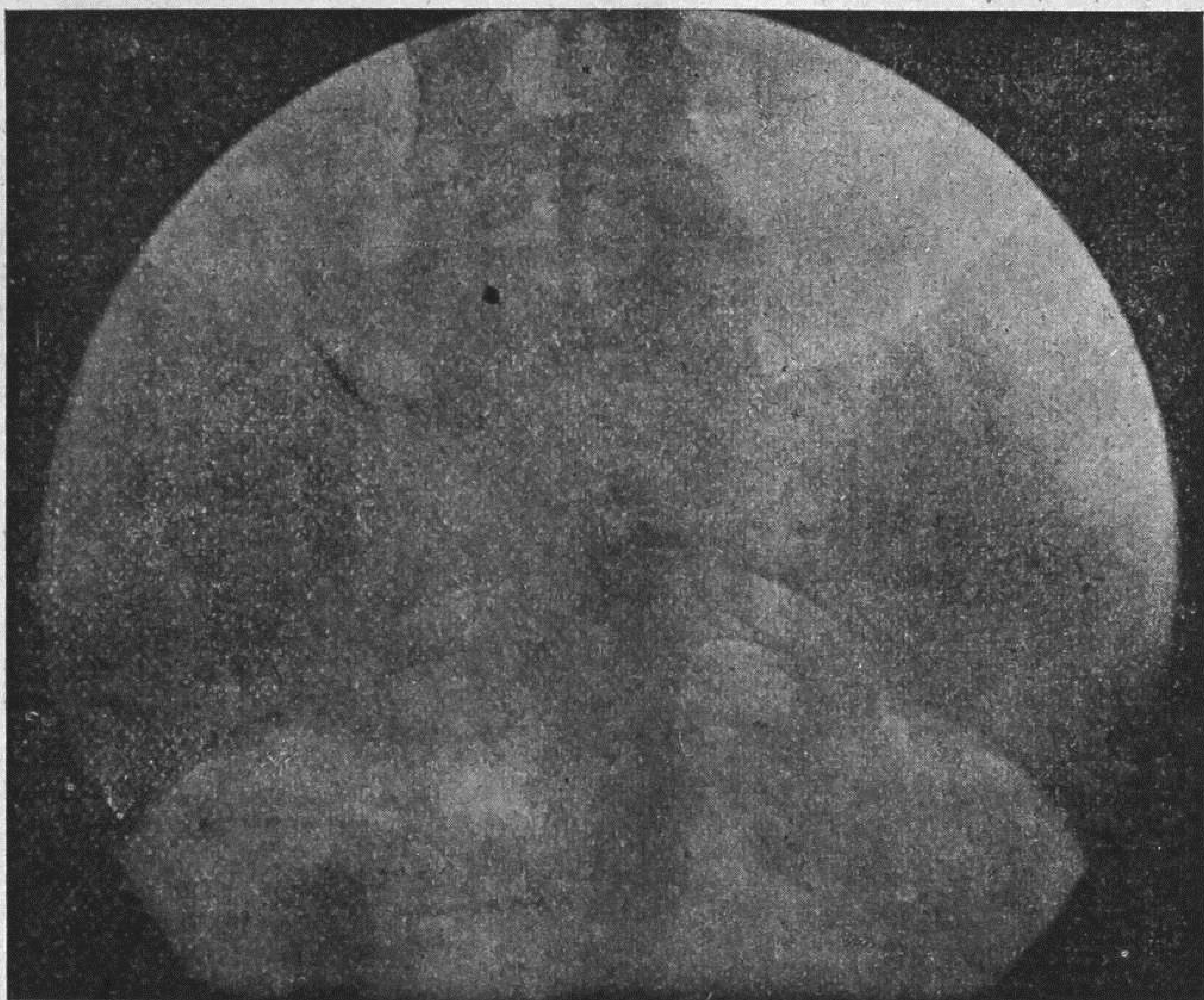


Fig. 1.

4° Mentre un assistente spinge in alto dall'ampolla rettale il calcolo si può isolare l'uretere pelvico che presenta lo spessore di un dito mignolo di adulto. Per maggior sicurezza con un sottile ago di Pravaz si fa una puntura esplorativa sopra il cordone isolato assicurandosi della diagnosi; il calcolo è situato profondamente e mentre l'assistente continua a spingerlo in alto e all'esterno si può fissare il calcolo, fare un'incisione della parete ureterica per circa due cent. ed estrarre con facilità il calcolo intiero. Essendo state messe preventivamente delle striscie di garza di protezione si fa una doppia sutura siero-sierosa profonda di catgut e superficiale di seta. Si suturano a strati le pareti addominali lasciando un piccolo stuello sboccante a metà dell'in-

cisione cutanea. L'operazione durò poco più di un'ora.

Il decorso fu ottimo sotto tutti i rapporti. Si ebbe guarigione di prima e per due o tre giorni si notarono nelle urine pochi globuli rossi, che scomparvero completamente in seguito e le urine si fecero normali per qualità e quantità. Il calcolo (v. figura 3) pesa gr. 8.97, ha la forma di un uovo di piccione a superficie leggermente moriforme, di color nero; l'esame chimico e microscopico fa rilevare la costituzione prevalente di ossolato di calce.

ruccio Caneva di Milano riferisce quattro osservazioni inedite del Giordano di Venezia.

Nel 1° caso il calcolo era incuneato nella porzione pelvica dell'uretere e fu estratto felicemente coll'ureterolitotomia.

Nel 2° caso si fece pure in primo tempo l'ureterolitotomia, ma poi si dovette fare la nefrectomia per pionefrosi consecutiva ad infezione precedente.

Nel 3° caso si trattava di calcolosi dei due



Fig. 3.
Grandezza naturale

Fig. 2.

COMMENTO. — Il prof. Uffreduzzi, della Clinica Chirurgica del Sen. Carle, alla fine dello scorso anno pubblicava sull'*Archivio Italiano di Chirurgia* (vol. 1° fasc. 2-3) un caso di calcolosi dell'uretere. Egli dice che la letteratura italiana è molto povera di osservazioni di calcolosi ureterali e cita solo i casi occorsi al Ceci, al Fiori, al Rossi di Milano, al Nicolich e quello del Bozzi pubblicato da Canestro.

Nelle due tesi di Libera Docenza di Medicina operatoria di questa Università, riguardanti la chirurgia dell'uretere il prof. Fer-

ureteri sporgenti in vescica ed estratti mediante tagli transvescicali.

Nel 4° caso il calcolo incuneato nel passaggio transvescicale fu fatto cadere in vescica col massaggio transvescicale.

Il Cagnetta nella sua tesi di Docenza in Medicina Operatoria di quest'anno, riferisce 6 osservazioni inedite della scuola Romana.

La prima dell'Alessandri, che riguarda un calcolo dell'uretere intramurale estratto col cateterismo cistoscopico.

La seconda del Margarucci. Si tratta di un calcolo incuneato nell'uretere destro con idro-

pionefrosi intermittente. Si fece l'ureterolitotomia con guarigione dopo un mese.

La terza dell'Alessandri. Calcolo dell'uretere destro nella porzione bassa dell'uretere. Fu estratto e si suturò con pieno esito.

Nel quarto caso pure dell'Alessandri, diagnosticato colla radiografia juxta-vescicale non fu rinvenuto nell'uretere che fu operato e sondato in totalità. L'ammalata morì per complicazione polmonare. Il calcolo era migrato nel bacinetto destro.

La quinta osservazione è del Bastianelli. Era un calcolo dell'uretere pelvico destro che venne estratto. Si fece la sutura a due strati catgut-seta. La ferita suppurò ed in 42 giorni si ebbe la guarigione.

La sesta osservazione pure di Bastianelli. Vi era una raccolta purulenta perirenale che fu svuotata; rimase scolo di urina. Alla seconda operazione si trovano numerosi calcoli, si estraggono e si sutura. Perdurando la fuoriuscita di urina dalla ferita si fece la nefrectomia.

Nel caso dell'Uffreduzzi vi erano due calcoli dell'uretere sinistro.

Estratto il primo, il secondo sfuggì in alto e fu estratto con secondo intervento dopo 48 ore. Non si fece la sutura dell'uretere. L'operata perdette urina per 14 giorni; poco dopo un mese la ferita si chiuse completamente e l'ammalata guarì.

Alla stregua quindi della scarsa letteratura italiana il caso presentato è interessante sotto diversi punti di vista.

In primo luogo la difficoltà della diagnosi; i dolori che la paziente accusò già 12 anni prima dell'ultimo intervento erano indubbiamente dati dal calcolo ureterale, mentre si intervenne 3 volte sul retto che probabilmente non ne aveva alcuna colpa. Ma i dolori persistenti dopo l'ultimo intervento sul retto e specialmente quelli alla pressione contro la pelvi e sul sacro e coccige ci spinsero a fare la radiografia che fù la vera rivelatrice del male. Dopo essa, certamente l'esame rettale forzato rilevò la presenza del calcolo, ed è appunto su questo esame al quale dagli autori viene dato poco peso che noi si insiste perchè può essere prezioso e può condurre alla diagnosi anche senza aiuto della radiografia.

In quanto alla tecnica l'incisione eseguita è quella comunemente usata quando si tratti di aggredire l'uretere pelvico.

L'arteria epigastrica profonda che decorre sul grasso sottoperitoneale tra la fascia trasversa ed il peritoneo, può riuscire di ottima guida per le manovre e per il distacco del peritoneo pelvico.

Le piccole lacerazioni peritoneali, quasi indispensabili nel distacco dell'ultima porzione dell'uretere non hanno importanza purchè si suturino immediatamente per impedire un'eventuale infezione peritoneale, facile se vi è in gioco un calcolosi con infezione acuta o cronica dell'uretere.

Quantunque l'anatomia ci sia di aiuto prezioso per distinguere gli organi periureterali che si hanno sottomano, pure si è fatta una puntura esplorativa sul supposto uretere che fu scambiato da insigni operatori per le vene e persino coll'intestino.

Nelle manovre di ricerca fu utilissima la spinta in alto del calcolo esercitata dal retto.

Per quanto le ferite operatorie dell'uretere abbiano tendenza a guarire spontaneamente e senza sutura il nostro caso dimostra all'evidenza che la sutura completa della bocca ureterica è la maniera più sicura per ottenere la guarigione ideale.

NOTE E CONTRIBUTI.

Il neosalvarsan si può iniettare nelle vene varicose.

Dott. SALVATORE PULVIRENTI
aiuto medico negli Ospedali Riuniti di Roma.

Le iniezioni endovenose di neosalvarsan, neoarsenobenzolo, ecc., sono ormai una necessità pel medico pratico e lo saranno sempre più nell'avvenire; quindi ogni contributo, anche modesto, diretto a renderne più facile la tecnica merita di essere divulgato.

Per quanto a me risulta, non è stata segnalata la possibilità di iniettare i detti preparati attraverso vene varicose. Ora ciò non solo è possibile, ma può essere in casi speciali opportuno o anche necessario; è importante quindi che tale dettaglio di tecnica sia conosciuto dal medico pratico. Ecco l'argomento di questa breve nota.

La mia esperienza riguarda due donne, di media età, in cui una cura di neosalvarsan era resa necessaria dall'esistenza di gravi manifestazioni luetiche.

La prima di esse, affetta da meningite luetica, aveva in precedenza fatta una serie di iniezioni di neosalvarsan. Volendo farne una nuova serie, io potei constatare che le vene della piega del gomito, sede classica per le iniezioni endovenose, erano poco evidenti, tantochè difficile riusciva il trovare dei punti adatti allo scopo. Ciò dipendeva in parte dall'abbondante adipe che mascherava le vene, evenienza non rara nella donna, in parte dal

fatto che le precedenti iniezioni, per errore spiegabile di tecnica, avevano provocato in più punti infiltrazioni perivasali e sottocutanee, rendendo le vene anche meno aggredibili. Viceversa, erano bene appariscenti le due safene perchè varicose (la donna aveva avute parecchie gravidanze); non risultava peraltro che le vene dette fossero mai state sede di processi di flebite, nè esisteva edema degli arti. L'ostinarsi a praticare l'iniezione nelle vene del gomito, in tali condizioni particolarmente difficili, poteva esporre a incidenti, mentre l'iniezione nelle vene varicose si presentava molto facile; mi decisi quindi per questa seconda via.

Non essendomi noto che altri avesse già ricorso senza inconvenienti a tale tecnica, io tenni conto delle seguenti considerazioni che mi guidarono nella scelta della tecnica.

Nessun danno poteva aversi dalla semplice puntura della parete venosa ectasica, se praticata con ago sottile, in un punto in cui l'alterazione della parete vasale non fosse molto avanzata.

Era facile assicurarsi che attraverso le vene varicose la circolazione non era ostacolata da pregresse flebiti e trombosi: sollevando l'arto esse si vuotavano rapidamente e completamente.

Qualche dubbio poteva aversi sull'azione irritante del farmaco sulla parete interna della vena. Infatti, trattandosi di vena varicosa, la parete, non trovandosi in condizioni anatomiche normali, era più soggetta ad infiammarsi. Tale evenienza era resa più facile dalla scarsa velocità del sangue e quindi dal più lungo contatto del farmaco con la parete vasale. Ma a premunirsi contro tale eventualità poteva bastare un pronto deflusso del sangue dalla vena varicosa nel torrente circolatorio, col sollevar l'arto subito dopo aver praticata l'iniezione.

Tenuto conto di queste considerazioni e con una tecnica appropriata io potei praticare l'iniezione di neosalvarsan nella vena safena varicosa con la massima facilità e senza lamentare nessun inconveniente immediato nè remoto. L'iniezione fu ripetuta fino a completare la serie.

In seguito mi si presentò altro caso analogo. In questa seconda donna era egualmente difficile l'iniezione nelle vene del gomito a causa dell'abbondante adipe e di una bassa pressione vasale, mentre bene appariscenti erano le vene safene, perchè ectasiche. Anche in essa io praticai l'intiera serie di neosalvarsan attraverso le vene varicose con gli stessi ottimi risultati.

Resta escluso che il farmaco eserciti nel punto dell'iniezione o più in alto alcuna azione sulla parete della vena varicosa.

A me non si è ripresentata finora altra occasione analoga per ripetere l'esperimento. Evidentemente deve essere tutt'altro che raro nella pratica il trovarsi di fronte a casi simili. In essi può essere usata la tecnica suddetta, senza inconvenienti, mentre il praticare l'iniezione nelle vene del gomito può presentare gravi difficoltà ed esporre ad incidenti spiacevoli.

Ecco ora con maggiori dettagli la tecnica usata. Occorre prima, previa applicazione di laccio elastico, nel decubito dorsale, meglio ancora nella stazione eretta, determinare con l'ispezione e la palpazione digitale il punto più adatto per l'iniezione. Si ricerca un tratto di vena bene evidente, scartando quei punti in cui esistono varicosità molto avanzate con parete troppo sottile e cute alterata.

Occorre assicurarsi che lo scarico del sangue nel tratto scelto avvenga facilmente, appena tolto il laccio e sollevato l'arto.

Dopo di che, stando il soggetto nel decubito supino ed in posizione adatta gli arti inferiori, si applica di nuovo il laccio elastico e nel punto scelto si pratica l'iniezione, seguendo le consuete regole ben note.

È consigliabile non usare una soluzione di neosalvarsan concentrata, ma disciogliere il farmaco in dieci cmc. di liquido: usare un ago sottile: pungere dal basso in alto la parete venosa; è facile la manovra data l'ampiezza del vaso.

Appena ultimata l'iniezione si ritira l'ago, si applica un tamponcino sterile nel punto dell'iniezione e subito si solleva l'arto, per fare rapidamente vuotare la vena iniettata.

È prudente, forse superfluo, tenere durante la giornata l'arto a riposo e in posizione orizzontale.

Roma, giugno 1921.

RIVENDICAZIONI.

GABINETTI SCIENTIFICI DELL'EX-OSPEDALE MILITARE DI CHIETI
diretto dal t. col. L. RIZI.

Sulla depurazione dell'orina "alla Patein-Dufau".

Rivendicazione del dott. E. PITTARELLI
direttore dei Gabinetti.

Nel 1899 Patein e Dufau osservarono (1) che la depurazione dell'orina con gli acetati di piombo, se è sempre bastevole (a lor modo di vedere, ma erroneamente) ad eliminare ogni causa d'errore nell'analisi del glucosio col reattivo cupro-potassico, non lo è ugualmente nell'analisi col polarimetro. E proposero invece una depurazione col nitrato mercurico in soluzione al 20 %, da usarsi in questo modo: Se ne aggiunge all'orina fino a precipitazione manifesta, indi si versa nel miscuglio della soda fino a reazione alcalina, e si filtra. Il filtrato, limpido e perfettamente incoloro, si presta bene, secondo i due autori citati, a tutte le analisi del glucosio.

Questo metodo depuratorio ha fatto fortuna nel suo paese d'origine: già nel 1903 Gérard (2) metteva in evidenza la scoperta di Patein e Dufau; e nel 1908 Barral segnava il «reattivo di Patein» nel suo bello e diffusissimo trattato di chimica analitica (3). I recentissimi manuali di Bard (4), François (5), Arthus (6) e Denigès (7), conferiscono al «metodo di Patein» il posto d'onore: quello stesso posto d'onore che già gli riconobbe, sebbene anonimamente (e non se ne vede il perchè), alcuni anni or sono il nostro Daddi (8).

Il metodo però era stato inventato prima che lo inventassero Patein e Dufau.

Nel 1894 io esposi al Congresso Medico Internazionale di Roma un processo per l'analisi del glucosio fondato sulla depurazione dell'orina mediante il nitrato mercurico usato «nella maniera ureometrica del Liebig», cioè — per chi non ricordasse questo vecchio, oramai disusato metodo — appunto nella identica forma consigliata cinque anni dopo da Patein e Dufau, e con un reattivo poco men concentrato di quello adoperato dai due autori francesi. Il nitrato mercurico usato alla Liebig mi serviva non solo per eliminare dall'orina tutte le sostanze riduttrici diverse dal glucosio e dall'acido glicuronico, conformemente al posterior proposito di Patein e Dufau, ma altresì per identificare il glucosio con lo stesso reattivo mercurico. Mescolato un eccesso di questo all'orina ed aggiunta della soda al miscuglio fino a precipitato giallo, avevo la separazione di ogni sostanza riduttrice ammoniacale; filtrando ora, ed aggiungendo ancora della soda fino a forte alcalinizzazione, ottenevo un miscuglio di ossido mercurico ed alcali che, bolliti con glucosio, mi davano un finissimo precipitato grigio di mercurio metallico (1).

Questo mio processo fu pubblicato a Parigi l'11 luglio 1894, in un giornale di sicura notorietà e diffusione, perchè edito da una delle più celebri case librarie di quella metropoli: il *Mercredi Médical* (2). E l'anno appresso fu testualmente riportato da un altro organo di non meno sicura diffusione e notorietà, la rivista di Virchow (3).

Tornai sull'argomento nel 1897, in una comunicazione all'VIII Congresso di Medicina Interna che si tenne in Napoli (4); in essa precisai più esattamente i fini che mi proponevo trattando l'orina alla Liebig, e che erano tanto di eliminare le sostanze (riduttrici) atte a simulare la presenza del glucosio, quanto quelle che, sciogliendo l'ossido cuproso, potevano dissimularne la presenza in rapporto al reattivo cupropotassico. In una parola, il mio proposito era di eliminare ogni sostanza ammoniacale, perchè è fra esse che trovansi così i corpi *simulanti* come quelli *dissimulanti* la presenza del glucosio. Ancora una volta, nel 1904, ebbi occasione di ribattere il chiodo, con una memoria sulla glicosuria fisiologica, inserita nel volume che Maragliano pubblicò per il giubileo professionale di Bozzolo (5).

Tralasciando quest'ultima pubblicazione perchè posteriore a quella di Patein-Dufau, io ave-

(1) *Journ. de Pharm. et de Chim.*, 1899; e poi di nuovo nello stesso giornale, nel 1902 e nel 1903: il processo venne riportato anche dal *Ztschr. f. analyt. Chem.*, vol. 39.
(2) *Traité des Urines*, Paris, 1903.
(3) *Précis d'Analyse Chimique*, vol. 5. Paris, 1906-1909.
(4) *Précis des Examens de Laboratoire.* Paris, 1918.
(5) *Manipulations de Chimie Analytique.* Paris, 1919.
(6) *Précis de Chimie Physiologique.* Paris, 1920.
(7) *Précis de Chimie Analytique.* Paris, 1920.
(8) *Manuale pratico di ricerche cliniche.* Milano, 1910.

(1) *Atti del X Congresso internazionale di Medicina* (Roma, 1894), vol. III, pag. 289.
(2) *Mercredi Médical*, n. 28, dell'11 luglio 1894: editore G. Masson & C.
(3) VIRCHOW-HIRSCH'S. *Jahresb. f. die gesamte Medizin*, 1895.
(4) *Lavori dei Congr. di Med. Interna*, 1897, pp. 316-323.
(5) *La Clinica Medica Italiana*, 1904.

vo dunque fin dal 1894-97, e cioè alcuni anni prima dei due autori francesi, ideata la depurazione dell'orina col nitrato mercurico e soda caustica, ai fini dell'analisi del glucosio; e l'avevo ideata non per caso, come succede il più delle volte nelle ricerche analitiche, ma col preciso proposito di eliminare tutte senza eccezione le sostanze ammoniacali, le quali possono simulare o dissimulare la presenza del glucosio.

A scanso d'equivoci, dichiaro subito che, per me, il metodo non equivale davvero alla sintesi dell'urea; è una piccola, anzi, se si vuole, minuscola cosa. Ma dal momento che insigni maestri credono che a questa minuscola cosa si addica un nome, non sembri orgoglioso che io, per ragione di cronologia e di giustizia, ne reclami la paternità in questo nostro glorioso e diffusissimo *Policlinico*.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMIOTICA

Principî fondamentali dell'analisi gastrica.

(M. E. REHFUSS e PH. B. HAWK. *The Journal of the American Medical Association*, 5 febbraio 1921).

In una breve serie di articoli gli AA. si propongono di combattere le diffidenze dei numerosi critici in riguardo al valore dell'esame gastrico con i raggi X e con la somministrazione dei pasti di prova, affermando che gli errori sono dovuti ad erronea interpretazione dei risultati.

1) Ai raggi X non si può chiedere se non quanto concerne la forma, la posizione, la mobilità, l'attività motrice dello stomaco e la diagnosi di quei processi morbosi che alterano tali stati o funzioni. Sfuggono alla indagine quindi i puri disturbi funzionali tanto nel gruppo delle flogosi acute e croniche come nelle lesioni organiche (ulceri mucose, neoplasmi incipienti) che non producano tali alterazioni.

2) D'altra parte l'analisi gastrica è la somma totale del potere secretore e motore dello stomaco sulla particolare sostanza introdotta e precisamente: *a*) del potere motorio determinato dalla durata della digestione; *b*) del potere secretore somma di tutti gli altri fattori intra- ed extragastrici; *c*) la determinazione di sostanze patologiche quali muco, pus, sangue, batterî, acidi organici o proteine effetto o causa della lesione.

La funzione più importante è quella della preparazione del cibo anzi che della digestione. La secrezione acida è formata nel fondo gastrico — l'antro è il separatore meccanico del cibo nelle tre varietà di materie alimentari (carboidrati, grassi e proteine) sulle quali s'inizia la digestione, pronunziata sulle proteine, quasi trascurabile sui grassi e carboidrati, rimanendo l'intestino tenue il grande organo digestivo e lo stomaco l'organo di protezione e di preparazione. La misura della preparazione è la misura della funzione la quale è data dall'analisi gastrica: funzione secretoria e motoria, alterazione patologica di tali funzioni, addizione di prodotti abnormi.

Un altro fattore che ha complicato l'analisi gastrica è la questione della scelta del pasto di prova. Gli AA. hanno eseguito centinaia di esperimenti con i pasti più varî, dai quali è risultato che tanto il potere motorio quanto quello secretorio variano entro limiti molto estesi anche in condizioni fisiologiche a seconda dei pasti (carni diverse, uova, latticini, ecc.). Una sola conclusione è permessa nei riguardi della acidità, e cioè: scarso valore delle alte acidità e viceversa grande valore delle basse acidità dal punto di vista patologico.

A tale riguardo è opportuno non ricorrere a pasti complessi, e gli AA. non vedono la ragione per la semplicità, accessibilità, potere stimolante, di abbandonare il classico pasto di Ewald.

Altra affermazione ricavata dagli AA. è che la digestione gastrica è data da una serie di cicli che si succedono: il ciclo digestivo e quello interdigestivo. Lo stomaco non è mai a riposo ed in condizioni normali vi è sempre una secrezione attiva sebbene lo stomaco digiuno mostri fenomeni totalmente differenti da quello digerente nel tipo e qualità della secrezione, nelle curve dell'acidità totale e dell'HCl libero. Queste fasi si presentano alterate nelle malattie.

Di ciò gli AA. promettono discussione in articoli successivi ed accennano ad altri argomenti: 1) che per certe forme di pasti di prova è possibile dimostrare clinicamente l'importanza della « secrezione psichica »; 2) che vi è una curva chimica dimostrabile in modo differente ma che afferma la grande importanza della secrezione chimica in tutte le risposte gastriche; 3) che si è potuto dimostrare l'importanza del meccanismo di rigurgito duodenale non solo nel controllo delle acidità gastriche durante la fase digestiva ma anche in rapporto alla alterata secrezione dello stomaco a riposo.

GIUSEPPE GIORDANO.

MEDICINA.

Rapporti tra ittero infettivo spirochetico e atrofia giallo-acuta del fegato.

(A. BOLAFFI. *Lo Sperimentale*, fasc. IV-VI, 1920).

Durante la guerra europea, fra i diversi eserciti belligeranti furono riscontrate e studiate epidemie di ittero il cui reperto anatomo-patologico era quello dell'ittero infettivo spirochetotico. In un certo numero di casi fu possibile anche mettere in evidenza la spirocheta ittero-emorragica di Indana.

Peraltro durante tali epidemie il decorso clinico ed il reperto anatomo-patologico di alcuni casi rispondevano al quadro morboso della atrofia giallo-acuta del fegato e mentre alcuni autori fra i quali specialmente Beitzke, Garnier e Reilly negano un nesso eziologico tra spirocheta ittero-emorragica ed atrofia giallo acuta, altri ritengono ciò probabile se non dimostrato come Hart, altri infine lo ammettono senz'altro e fra questi sono Dawson e Pick. Gozzi e Morandotti riscontrarono lo spirochete di Indana negli organi di due soggetti che presentavano il quadro dell'atrofia giallo-acuta.

Le osservazioni anatomo-patologiche dell'A. si riferiscono a due gruppi di casi di ittero, l'uno appartenente al periodo autunno 1916-primavera 1917, l'altro al 1918 e verificatisi in zona di guerra durante le epidemie di ittero castrense. Al primo gruppo appartengono 5 casi che iniziatisi con i comuni sintomi dell'ittero castrense si aggravarono improvvisamente con la comparsa di importanti disturbi nervosi. Di essi tre casi si riferivano a donne in gravidanza avanzata, uno ad un soldato con incipiente cirrosi epatica, l'altro ad un vecchio con sinfisi totale del pericardio.

Le più importanti lesioni macroscopiche erano costituite da emorragie sottoperitoneali, sottopleuriche e sottoepicardiche. Estesi infarti emorragici nei polmoni. Milza o non aumentata di volume o di poco ingrandita. Fegato in due casi più piccolo del normale, negli altri tre un po' ingrandito, con parenchima molle, congesto con superficie di sezione omogenea. Condotti biliari normali. Cistifellea in un caso ripiena di liquido denso biancastro, purisimile, negli altri casi contenente bile abbondante, densa, picea. Emorragie nella mucosa gastrica, congestione ed emorragie della mucosa del duodeno.

Reni ingranditi molli con aumento della sostanza corticale. Nessuna emorragia nello spessore del parenchima renale.

I reperti istopatologici di questi 5 casi erano assai simili e potevano compendiarsi in lieve iperemia di polmoni, assenza di alterazioni notevoli della milza e delle ghiandole linfatiche. Spiccate le alterazioni del fegato, che si presentavano sotto 4 tipi: atrofia delle cellule, degenerazione grassa degli epiteli, necrosi completa, cellule di struttura poco alterata.

Questi 4 tipi erano variamente aggruppati nei singoli casi, però in tutti prevalevano le cellule atrofiche o necrotiche sovraccariche di pigmento bruno. In tutti i casi il fegato presentava una reazione rotondo-cellulare ed erano anche constatabili processi rigeneratori degli elementi epiteliali.

Nei reni nulla si rilevava a carico del tessuto interstiziale e le alterazioni esistenti riguardavano il solo parenchima, le cui cellule presentavano nella loro parte basilare gocciole di grasso e formazioni aghiformi.

Nelle glandole surrenali si notavano nel protoplasma delle cellule secernenti, vacuoli simili a quelli dimostrati nelle cellule del parenchima renale.

Al secondo gruppo di casi studiati dall'A. appartengono 4 casi di individui morti in condizioni di intensa colemia, dopo un periodo piuttosto lungo di malattia e quando la febbre era già caduta. Le necroscopie diedero risultati molto simili e si possono così compendiare: Macroscopicamente ittero intenso con emorragie gravi e diffuse sulla cute e sulle sierose. Emorragie nel miocardio e nei reni. Milza molle e congesta. Fegato o ingrandito o normale con superficie di taglio liscia, lucente di colorito uniforme grigio verdastro e talvolta con struttura acinosa conservata. Le alterazioni istologiche più importanti erano quelle del fegato, dei reni, delle glandole surrenali e delle glandole linfatiche.

Nella milza si constatava congestione, accumulo di leucociti, presenza di mielociti, reazione fagocitaria della polpa. Il fegato presentava una modificazione notevole della sua architettura, le travate cellulari erano frammentate e flessuose.

Le cellule epatiche di dimensioni svariate, alcune grandi, altre più piccole del normale, protoplasma omogeneo e acidofilo; nuclei grandi con poca cromatina e appariscente nucleo eosinofilo. Non focolai di infiltrazione. I reni erano alterati tanto nella parte epiteliale che in quella interstiziale. Le alterazioni dell'epitelio consistevano essenzialmente in tumefazione torbida e necrosi, quelle del tessuto interstiziale erano rappresentate da emorragie e focolai di infiltrazione abbastanza estesi.

Nelle glandole surrenali infiltrazione emorragica e in un caso piccoli focolai di infiltrazione rotondo-cellulare.

Le ghiandole linfatiche presentavano i seni periferici e i cordoni con molti endoteli desquamati, alcuni dei quali in istato di attività fagocitaria verso i leucociti, e raramente verso i globuli rossi.

Mentre i casi del I gruppo presentavano il quadro anatomo-patologico dell'atrofia giallo-acuta del fegato, quelli del II gruppo mostravano lesioni istopatologiche in tutto simili a quelle riscontrate nell'ittero spirochetico.

Per le differenze istopatologiche esistenti fra i casi dei due gruppi l'A. pone il quesito di una differente causa eziologica. Le ricerche compiute dall'A. per determinare il fattore eziologico nei casi da lui studiati furono tutte negative, nè egli dà importanza al fatto di avere in un caso isolato dal sangue e dagli organi il paratifo B. sia perchè ciò si è verificato in un sol caso, sia perchè il quadro anatomo-patologico non era quello delle setticemie da paratifo B. Per altro l'A. ritiene che per la particolarità delle lesioni anatomiche riscontrate, i casi del II gruppo si debbano ascrivere senz'altro all'ittero spirochetotico e che per i casi del I gruppo si può pensare che il fattore eziologico sia stato anche in essi la spirocheta ittero-emorragica in base alle considerazioni che in quel periodo e in quelle stesse località fu da altri autori dimostrata la presenza in altri casi della spirocheta ittero-emorragica, e che fattori individuali particolari potevano avere determinato lo sviluppo di un quadro anatomo-patologico speciale pure essendo identico il fattore eziologico. Ed infatti in quei 5 casi si trattava di 3 donne gravide, di un cirrotico e di un individuo con sinfisi pericardica. Inoltre dal confronto delle osservazioni anatomo patologiche proprie con quelle riferite nelle epidemie di ittero castrense degli altri eserciti, l'A. è portato a ritenere il virus spirochetico dell'ittero castrense italiano dotato di proprietà patogene particolari, differenti da quelle del virus straniero, sia per la minore virulenza dimostrata, sia per i reperti istologici del fegato e dei reni che indicherebbero nel virus spirochetico italiano una maggiore attività steatogena. Per questo lo spirochete dell'ittero castrense italiano avrebbe, secondo l'A., dimostrato qualche analogia col *leptospyra icteroides* della febbre gialla.

TRENTI.

Sull'atrofia giallo-acuta del fegato.

(O. MINKOWSKI. *Med. Klinik*, n. 17, 1921).

L'atrofia giallo-acuta del fegato più che una malattia a sè si deve considerare in rapporto con tutte le altre affezioni infiammatorie acute o croniche del fegato. Il quadro tipico dell'atrofia giallo-acuta non è che un determinato stadio di una forma morbosa la quale soltanto per la sua gravità e per il suo decorso catastrofico si distingue da stati patologici etiologicamente e geneticamente affini. L'A. nel libro di testo di V. Mering, ha classificato l'atrofia giallo-acuta del fegato col nome di « forma grave dell'epatite acuta diffusa » tra le forme più lievi di epatite diffusa acuta (con o senza ittero) e le diverse forme di epatite diffusa cronica (le cirrosi epatiche). Cause nocive di diversa natura (tossiche, infettive, esogene od endogene) partendo dai vasi sanguigni oppure dalle vie biliari, possono dar luogo a quei processi degenerativi e proliferativi, che son designati come « infiammatorî ». Dipende in piccola parte dalla diversa natura delle cause nocive (fosforo, alcool, salvarsan, tossine spirillari) e dalla diversa affinità di esse per i singoli elementi del tessuto epatico; molto più però dall'intensità e dalla durata dell'azione nociva e dalla diversa sensibilità e reattività individuale dei singoli elementi istologici del fegato, che questi processi assumano un decorso acuto o cronico, che essi provochino uno sfacelo degenerativo oppure una proliferazione e neoformazione, che essi interessino gli elementi del parenchina oppure il tessuto interstiziale. Così il fosforo provoca l'atrofia giallo-acuta, perchè esso agisce di solito in modo acuto ed intenso; però, se preso in dose scarsa esso può anche provocare un lieve ittero e se l'azione nociva si protrae per lungo tempo, una cirrosi epatica. L'alcool dà luogo di solito ad una epatite cronica perchè esso agisce per lungo tempo ed in dosi scarse, l'intossicazione alcoolica acuta può però provocare un'atrofia giallo-acuta del fegato.

Lo studio anatomo-patologico dell'atrofia giallo-acuta del fegato presenta notevoli difficoltà. L'intensità delle alterazioni anatomo-patologiche, non è sempre parallela alla gravità dei disturbi funzionali. Le alterazioni della funzione epatica e la malattia primitiva possono provocare la morte, prima che le alterazioni anatomiche abbiano avuto il tempo di svilupparsi fino al quadro tipico. Non si riscontra allora all'autopsia l'atrofia acuta, mentre in realtà si tratta dell'identica affezione epatica. Nei casi a decorso prolungato si sviluppano dei processi proliferativi e rigenera-

tivi, per cui il reperto anatomo-patologico corrisponde a quello di un'iperplasia nodulare, o di una cirrosi a decorso acuto. Inoltre la degenerazione acuta si può sviluppare, anzichè in un fegato fino allora sano, in un fegato già alterato (cirrotico, da stasi, luetico).

Eppure i casi tipici di atrofia giallo-acuta del fegato presentano qualche cosa di caratteristico, quale non si osserva in alcun'altra affezione, in alcun altro organo: la rapida distruzione del parenchima. Ciò è dovuto al fatto, che nel fegato più che in qualsiasi altro organo, sono attivi i processi di fermentazione; non appena una qualsiasi causa nociva ha danneggiato sufficientemente le cellule epatiche, può iniziarsi lo sfacelo autolitico, dimostrabile in vita dall'eliminazione urinaria di leucina, tirosina ed altri prodotti di sfacelo delle cellule epatiche. Dopo che si è iniziata tale eliminazione urinaria, la guarigione non è più possibile. Invece l'esame di pezzi di fegato escissi nel corso di interventi chirurigici, eseguiti di solito in seguito ad errori diagnostici, ha dimostrato che l'atrofia acuta del fegato può guarire spontaneamente.

POLLITZER.

CHIRURGIA.

Sul trattamento chirurgico del gozzo esoftalmico.

(*R. Società di Medicina di Londra*, 11 febbraio 1921).

Indicazioni e controindicazioni del trattamento chirurgico (H. MACKENZIE). — Varie sono le opinioni circa gli effetti del trattamento chirurgico, specialmente quando si tengono presenti i pericoli a cui si va incontro; la mortalità operatoria varia dal 20 al 2½ %.

Sembra che, in complesso, gli effetti dipendano dalla quantità di ghiandole che il chirurgo può asportare: in un caso citato dall'O., sono stati compiuti tre atti operativi: nel primo è stato asportato il lobo destro: 15 mesi più tardi la maggior parte del lobo sinistro e dopo altri 11 mesi i $^2/_3$ di ciò che rimaneva. Il risultato dopo la terza operazione è stato soddisfacente: il cuore si è calmato e, sebbene rimanesse un certo grado di esoftalmo, era scomparso del tutto lo sguardo atterrito, come pure ogni accenno di nervosismo.

Il risultato abituale della asportazione parziale è una maggiore tranquillità, un aumento della forza, ed una minore presenza dei battiti cardiaci; il sintomo più persitente è l'esoftalmo. Tale miglioramento è l'unica cosa che può sperarsi quando si asporta un lobo solo.

La fibrillazione auricolare costituisce una controindicazione, non però assoluta, in quanto che vi sono casi in cui, malgrado la sua presenza, si procedette all'operazione, dopo la quale l'azione cardiaca si fece più tranquilla e regolare. L'O. ha operato con successo un ammalato, sul limitare della pazzia, il quale in seguito si ristabilì. Il diabete conclamato costituisce una controindicazione, ma non già la semplice presenza occasionale di zucchero nell'urina.

La controindicazione più importante è data dall'eccessivo timore del paziente; è meglio tentare anzitutto la cura medica, per almeno 3-6 mesi e poi accennare al paziente stesso la possibilità di ottenere miglioramenti con l'operazione, allo scopo di prepararlo lentamente a tale evenienza. Nessuna guarigione si ottiene con i raggi X; in un caso, l'ammalato sembrava guarito, ma gli si sviluppò in seguito il mixedema che richiese una cura tiroidea. In conclusione, non conosciamo ancora il trattamento ideale, che dovrebbe consistere nel dare un antidoto contro l'intossicazione tiroidea.

Condizioni e tecnica dell'atto operativo (J. BERRY). — In causa delle frequenti ricadute, anche dopo operazioni bene eseguite, l'O. non è più proclive, come un tempo, ad operare. I risultati dell'intervento sono manifesti entro pochi giorni con la scomparsa del senso di depressione e la diminuzione della tachicardia. Però il pericolo dell'operazione, anche se fatta in ottime condizioni, è sempre più grande che per il gozzo semplice: per questo la mortalità è ridotta a meno di 1 %, per il vero gozzo esoftalmico si sale invece al 3-5 %. Bisogna però tener presente che, anche col 5 % di mortalità, l'operazione non può esser considerata come arrischiata, per il fatto che la malattia in sè stessa è assai grave.

L'O. ritiene che sotto la denominazione di gozzo esoftalmico si riuniscano condizioni assai differenti: si tratta talvolta di pazienti con un gozzo semplice, un po' di tremore e di nervosismo, ma senza esoftalmo: tali casi non vanno inclusi nelle statistiche. Altre volte si è in presenza di un adenoma, a cui si aggiungono i sintomi del gozzo esoftalmico; tutti questi casi vanno distinti dal vero gozzo esoftalmico, in cui vi sono i noti sintomi.

Per quanto riguarda l'atto operativo, l'O. ha abbandonato del tutto l'allacciatura dell'arteria inferiore, operazione poco meno pericolosa dell'asportazione di tutto un lobo, la quale più probabilmente porta a guarigione;

più sicura e relativamente facile l'allacciatura dell'arteria superiore.

L'O. non asporta simultaneamente ambedue i lobi, ciò che può essere pericoloso, e nemmeno asporta tutto un lobo, ma ne lascia sempre una certa porzione. Non si deve procedere alla tiroidectomia, quando il paziente è in stato di eccitazione acuta od in un periodo di esacerbazione: esso deve rimanere tranquillo in ospedale per alcuni giorni; nemmeno si deve operare, in periodi di improvvisi miglioramenti o quando il paziente accusi qualsiasi malessere.

Le cause di morte, indistintamente consecutive all'operazione sono date, oltre che da intossicazione acuta o da degenerazione del miocardio, dalla emorragia la quale, anche se limitata, può esser fatale nel gozzo esoftalmico. Nelle operazioni fatte dall'O. dal 1913 al 1919, si contano 53 pazienti praticamente guariti, 18 molto migliorati, 1 migliorato, 2 stazionarî, 1 peggiorato, 3 morti dopo l'operazione.

È giustificabile il rischio dell'operazione? (T. P. DUNHILL). — La morte non è la sola cosa così da temersi nel gozzo esoftalmico: vi sono complicazioni, quali l'edema generalizzato, la perdita della vista, ecc., che, pur lasciando in vita i pazienti, li riducono ad esseri miserabili inchiodati in un letto; quindi si dovrà sempre considerare la possibilità di un trattamento diverso da quello medico. Non bisogna però pensare all'operazione prima di avere eliminato ogni focolaio tossico e prima di aver tentato la cura del riposo completo e dei medicamenti. Quanto ai raggi X, l'esperienza dell'A. vi è nettamente sfavorevole.

Eliminati i pochi casi che guariscono col trattamento medico, quello operativo permette di salvare la vita di molti degli altri o di far passare loro un'esistenza meno lacrimevole; non solo, ma, alle volte, permette il ritorno della capacità lavorativa normale in individui resistenti al trattamento medico.

Molti casi non possono guarire se non con l'asportazione successiva di una parte del secondo lobo: l'O. non ha mai perduto un paziente sotto questa seconda operazione. È sempre importante lasciare intatta l'irrorazione sanguigna per la porzione che non si asporta.

Bisogna però riflettere che l'operazione per il gozzo esoftalmico differisce da quelle addominali, in cui si può procedere con tutta calma, relativamente noncuranti sulla durata: essa invece è sempre causa di grave ansietà, anche per quei casi, che sembrano semplici.

La storia naturale della malattia (W. HALE-WHITE). — Dalle osservazioni statistiche personali dell'O. riguardanti 102 casi, risulterebbe che, in complesso, la mortalità fra le pazienti con gozzo esoftalmico è doppia di quella delle donne della stessa età; quando però si consideri che fra i giovani adulti la mortalità è abbastanza bassa, si concluderà che il gozzo esoftalmico non dà una mortalità molto elevata, e raramente porta a morte. Lasciati a loro stessi, i pazienti se la passano abbastanza bene. L'O., seguendo ulteriormente i suoi ammalati, ha trovato che, dopo un certo tempo, il 65 % stava bene, il 30 % aveva avuto miglioramenti ed il 5 %, era pure migliorato in un senso o nell'altro: questo per gli ammalati d'ospedale, per quelli privati le cifre risultarono rispettivamente di 74.5; 19.1; 6.4 %: da tali osservazioni sono esclusi gli ammalati, che avevano subito atti operativi. In alcuni individui, dimessi dagli ospedali perchè incurabili, si sono avuti dopo qualche anno dei miglioramenti, fino al completo benessere. Tutto sommato, l'O. non si oppone all'operazione, ma ritiene che molti casi possono migliorare assai anche senza di essa: ciò va detto al paziente, come gli va detto che la mortalità operativa raggiunge il 3-5 %.

Le ragioni della insufficienza cardiaca (J. S. GOODALL). — In molti casi di gozzo esoftalmico col trattamento medico si viene sviluppando una progressiva insufficienza cardiaca, mentre un certo numero di quelli operati muore improvvisamente per la stessa causa.

L'O. ha trovato che causa di tale insufficienza è la fibrillazione ventricolare, la quale a sua volta dipende da due fattori: l'uno è la degenerazione del miocardio, l'altro l'elevata pressione sanguigna. Ora la pressione del sangue nel gozzo esoftalmico passa per tre fasi; vi è dapprima un innalzamento temporaneo, affatto transitorio, poi una depressione, ed un nuovo innalzamento. Dopo l'operazione la pressione tende a salire, fino ad essere il doppio di quella iniziale: se il miocardio è degenerato, si può avere esito letale. La presenza di pressione elevata e di un miocardio degenerato rende grande il rischio operativo del gozzo esoftalmico.

(*British med. Journal*).

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI

GOGGIA C. P. *Manuale di Patologia speciale medica e terapia*: in tre volumi. Vol. I, in-16 di pag. 1042 con diverse figure. V. Idelson, ed., Napoli. Prezzo L. 45.

È generalmente sentita fra noi la mancanza di un trattato di patologia abbastanza completo, ma agile, sì da rispondere da un lato alle esigenze dello studente, che inizia i suoi studi in questo campo, come a quello del professionista, che ha bisogno di rivedere spesso qualche capitolo di patologia, senza addentrarsi nelle minute particolarità delle monografie. Per lo più gli editori italiani hanno preferito pubblicare traduzioni di manuali stranieri, con grave scapito della nostra attività scientifica, che veniva di solito trascurata; l'unico trattato organico italiano in materia è quello di Ferrio, che ha però il difetto di essere stato pubblicato con intervalli troppo lunghi fra le diverse parti.

Il prof. Goggia intende con questa sua opera rimediare alla accennata deficienza: l'opera consterà di tre volumi; in questo primo vengono descritte le malattie infettive e l'elmintiasi. La trattazione è sobria, chiara ed intonata a senso pratico, sia nel rilevare i sintomi principali, sia nei criteri diagnostici, in cui si accenna sempre ai mezzi di laboratorio, sia nell'indirizzo terapeutico; il manuale costituisce quindi una buona guida per lo studioso, tanto più che vi si tiene conto di gran parte degli studî recenti, come sul tifo esantematico, sui tipi di pneumococco, sulla leptospira di Noguchi, ecc. Qualche inesattezza o contraddizione è sfuggita, ma trattasi di cose di poco momento: qua e là alcune pagine potrebbero venir soppresse senza nocumento; cito, p. e., quelle dedicate alla tecnica della reazione di Wassermann: la descrizione è chiara ma insufficiente per chi non è pratico della reazione, mentre è inutile per chi già la conosce. Il suo posto non è in un manuale di patologia, ma tant'è, oggi in qualunque libro di medicina, fosse pure sulle malattie dei piedi, si descrive la reazione di Wassermann; si incitano così a tentarla individui che non vi hanno la debita preparazione e che poi finiscono per eseguirla alla meglio, gettando il discredito su questa reazione delicata che pure è di grande valore se rigorosamente eseguita. *fil.*

Dott. HERMANN WERNER SIEMENS. *Einführung in die allgemeine Konstitutions- und Vererbungspathologie.* Ed. Spinger, Berlin, 1921, pag. 229. Prezzo, M. 64.

Nel compilare questo libro l'A. si è proposto di offrire a medici e studenti una guida sicura per lo studio delle difficili questioni che si riferiscono alla patologia delle costituzioni ed ai complessi fenomeni dell'eredità. Opera utilissima quindi, se si pensa alle numerose ricerche compiute in questo campo durante questi ultimi anni e all'importanza dei risultati ottenuti nei riguardi della patologia umana.

Nella prima parte sono trattate le questioni d'indole generale che sono tra le più difficili e complesse della biologia. Il concetto fondamentale della patologia delle costituzioni; le basi sperimentali e citologiche della dottrina dell'eredità; i fondamenti teorici della dottrina dell'eredità: ecco i titoli di altrettanti capitoli che non possono non destare il più vivo interesse. Nella seconda parte sono presi in particolare considerazione problemi che più direttamente interessano la patologia umana e sono riportati numerosi alberi genealogici, frutto in gran parte di ricerche personali dell'A., dai quali risulta chiaramente dimostrato non solo l'importanza del fattore ereditario, ma anche la modalità con cui questo fattore esplica la sua influenza nel succedersi delle generazioni.

Il libro è chiuso da un capitolo sulla cura delle malattie ereditarie nel quale sono ampiamente trattati i concetti a cui deve ispirarsi la terapia causale delle infermità ereditarie e sono prospettati vasti problemi politici e sociali.

L'importanza e l'attualità dell'argomento, la logica distribuzione della materia, la chiarezza con cui i vari problemi sono definiti e trattati assicureranno certamente a questo libro il maggiore successo F. MARCORA.

CH. FIESSINGER: *Vingt régimes alimentaires en clientèle.* III ediz. 1 vol. in-16 di pag. 237. Parigi, 1921. A. Maloine et Fils, editori.

Segreto del successo dei volumi che compongono la « Bibliothèque des Praticiens », è che rispondono effettivamente ai bisogni della pratica. Insegnano tutto ciò che è necessario sapere, evitando le divagazioni e le nozioni ingombranti; e lo fanno in forma chiara, facile e precisa.

A tali requisiti risponde, appunto, il volume di cui si pubblica ora la terza edizione.

Questa è poco dissimile dalle precedenti, poichè le grandi linee della dietoterapia si spostano poco. Continua a raccomandarsi da sè, in quanto contiene indicazioni terapeutiche eccellenti e ben ordinate, in una serie di capitoli sui vari regimi: idrico, latteo, vegetariano, carneo, declorurato, iperalimentare, ecc., degli obesi, dei magri, dei cardiaci, degli albuminurici, dei costipati, dei diarroici, ecc. Rimaneggiata soltanto è la parte relativa alle vitamine, per tenere conto delle conquiste recenti. L. V.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Il 2° Congresso Nazionale per le industrie sanitarie.

(Parma, 25-28 giugno).

Il Congresso di Parma, di cui la stampa medica italiana si è occupata ripetutamente anche nella fase preparatoria, ha avuto un esito ottimo, sia per la importanza dei temi e l'ampiezza con la quale essi vennero trattati, sia per il numero e la qualità degli intervenuti, tali da dare ottime efficienze alle discussioni ed alle relative ben ponderate conclusioni.

Riguardo alla cronaca del Congresso, rilevata la grande cordialità con la quale i congressisti vennero accolti, così che poterono visitare quanto di meglio in Parma e nei dintorni poteva interessarli (Salsomaggiore, Tabiano, Sant'Andrea di Medesano), ricorderemo che la seduta inaugurale fu particolarmente significativa non solo per avere il Presidente del Comitato Permanente, prof. Bertazzoli, fissato quali sono il carattere e gli scopi di questi Congressi, dei quali appunto la Commissione da lui presieduta rappresenta l'idea centrale direttiva e continuativa, ma anche per aver parlato, dopo altri bellissimi discorsi, fra i quali smaglianti quello del prof. A. Valenti, presidente del Comitato organizzatore, il Senatore Berenini, il quale, con rara efficacia e profondità di concetti, sanzionò la bontà della idea informatrice di questi Convegni, ricordando agli uomini di scienza, che volessero tenersi appartati dalle industrie, che esse sono il lavoro travagliato e fecondo da cui molto deve l'Italia aspettarsi, che esse sono, in una parola, la vita.

***

Esaminando sinteticamente il lavoro svolto dal Congresso, potremo fissare a grandi tratti l'opera del Comitato Permanente, essendo ciò necessario per dare affidamento alle varie categorie di persone che si interessano di questi problemi (sanitari in generale, uomini di scienza, industriali, ecc.), che tali problemi non saranno, nella loro indispensabile continuità di studi, dimenticati, così che anche per i futuri Congressi (per quello dell'anno prossimo essendo stata scelta per sede Napoli) si possa dai Comitati locali avere la certezza che a Milano il Comitato Permanente ha svolto e svolgerà l'opera sua fattiva e propulsiva.

Spettò, a Parma, alla sagacia ed all'attività del prof. Valenti risolvere il non facile compito della costituzione di un Comitato d'onore, nel quale vennero compresi qualche Ministro, varii senatori, ed in generale le personalità più eminenti le quali avessero ai problemi delle industrie sanitarie in generale, ed in particolare colla città di Parma, legami politici od affettivi; inoltre al prof. Valenti spettò di costituire il Comitato organizzatore, nel quale entrassero elementi realmente utili e fattivi, che potessero aiutare di consiglio e di opera l'organizzazione del Congresso, anche nella sua parte di estrinsecazioni esteriori, ed appoggiare altresì la organizzazione delle Mostre. Nella scelta di questi elementi, in parte colleghi universitari, in parte personalità proposte ai vari enti pubblici parmensi, il prof. Valenti ebbe mano felicissima, e così pure nella scelta del segretario, dott. G. Pupilli.

***

Esaminiamo brevemente il lavoro del Congresso, secondo i principali temi generali che vennero trattati.

Piante medicinali.

Nelle riuscitissime Mostre annesse al Congresso, il Comitato di Parma aveva organizzato una esposizione veramente notevole e, pei tecnici, interessantisssima, di piante medicinali italiane, oltrechè di macchinari e di materiale di confezionamento. Ci riserviamo di esporre in breve relazione a parte quanto riguarda le Mostre di Parma nelle varie loro sezioni, ben comprese quelle organizzate dal Comitato Permanente di Milano. Alle piante medicinali venne dedicata la prima seduta del Congresso, secondo l'ordine stabilito dal Comitato organizzatore, il quale molto opportunamente invitò, come già erasi fatto lo scorso anno, la «Federazione Pro Montibus» ad esporre quanto da essa fatto a favore delle piante medicinali italiane (prof. Saccardo); ed affidò al prof. Avetta, dell'Università Parmense, l'incarico, egregiamente assolto, di preparare uno schema di legislazione per regolare il commercio delle piante medicinali. Il prof. Mameli, pure dell'Università di Parma, trattò delle piante medicinali della Sardegna e delle estrazioni dei principali attivi della digitale.

Il Comitato Permanente di Milano portò il suo attivo contributo perchè si avesse altra parte notevole di lavoro, che si fuse coll'altro, e così: il dott. Comotti ricordò l'opera della «Associazione Italiana pro piante medicinali ed aromatiche», ed espose due memorie interessanti del prof. U. Brizi rispettivamente «sulle piante medicinali che meglio si prestano alla utilizzazione industriale» ed intorno ai problemi della «acclimatazione di piante esotiche in Italia e Colonie». Il prof. Vanzetti, dell'Università di Padova, trattò in generale della estrazione dei principii attivi delle piante medicinali.

La interessantissima discussione seguita conchiuse con affermare i seguenti punti:

1° essere desiderabile che le varie associazioni esistenti in Italia in rapporto allo studio, coltivazione, ecc., delle piante medicinali, si fondano insieme per svolgere azione sinergica più efficace;

2° essere necessario che i dati di coltura, di raccolta, di esportazione, ecc., di piante medicinali in Italia siano fatti conoscere molto più largamente di quanto finora non sia avvenuto, specie nel mondo industriale e commerciale chimico-farmaceutico;

3° anche se disciplinata da una apposita legislazione, essere la raccolta sistematica di talune piante medicinali spontanee (delle quali talune

scomparse in molte zone) non priva di gravi inconvenienti ed in generale da sostituirsi, od almeno da completarsi, con la razionale coltivazione.

Controllo sui farmaci.

Tale argomento, già ampiamente trattato al 1° Congresso, erasi altresì discusso dal Comitato Permanente in apposite riunioni, alle quali erano stati invitati tutti coloro che avessero potuto apportarvi un reale contributo. Particolarmente laborioso fu l'ottenere che i singoli relatori assumessero di prospettare i vari aspetti della complessa questione, per fonderli poi in una sola relazione centrale, qualora fosse stato possibile. In realtà, vennero presentate relazioni varie, sulle quali fu necessario raccogliere la sintesi delle idee.

Primo il prof. Piccinini espose la propria relazione «sull'Istituto di Farmacologia e Terapia sperimentale nella sua funzione scientifica e nei rapporti cogli industriali», riassumendo anche, per averne avuto diretta comunicazione, le idee del dott. Imbert di Napoli in rapporto alla forma di controllo e di «selezione», che si dovrebbe attuare sulla produzione delle specialità, prima di accettarle in commercio. Seguì il dott. Montanari, il quale riferì anche a nome dei dottori Muralti, Bocca, Inverni. Nell'ampia discussione avvenuta prese parte attiva specialmente il cav. Assauto, Presidente della Federazione degli Ordini Farmaceutici, il quale espose punti di vista e propositi già concreti, leggendo anche una interessante relazione già approvata al recente Congresso chimico-farmaceutico di Trieste. Il Presidente della seduta, prof. Valenti, nominò, col pieno consentimento dell'assemblea, una Commissione, nella quale erano rappresentate tutte le tendenze manifestatesi durante la discussione, e tale Commissione ebbe l'incarico, assolto non senza ulteriori laboriose discussioni nel suo seno, di redigere l'ordine del giorno, che venne poi approvato e che, se sarà accoltò a Roma come merita la sua reale importanza, segnerà, non vi ha dubbio, veramente un'èra nuova per il miglioramento della nostra produzione chimico-farmaceutica, ed anche per tutto in generale il commercio riferito a prodotti medicamentosi.

Riservandoci di tornare in altra occasione sull'importantissimo ordine del giorno votato, ricordiamo che esso prospetta: I) la istituzione di «farmacisti provinciali» per una più efficace e reale vigilanza delle farmacie; II) la «selezione» delle specialità (in senso lato) di cui si debba permettere la introduzione in commercio, selezione fatta a mezzo degli *Ordini dei sanitari e dei Centri di coltura superiore, così da porre freno alla ipertrofica e caotica produzione delle specialità medicinali, favorendo, mercè l'aiuto finanziario dello Stato, degli Ordini, degli Industriali, lo sviluppo degli Istituti chimici e farmacologici già costituiti, e di nuova formazione.*

Industrie chimico-farmaceutiche.

Sull'argomento: «Alcool e solventi in generi necessari alle industrie chimico-farmaceutiche considerati in rapporto al regime fiscale», argomento di importanza vitale per le dette industrie, riferirono il dott. Inverni e l'industriale signor Gei; i quali fanno parte del Comitato Permanente. Le **loro pratiche conclusioni, formulate in apposito ordine del giorno, furono approvate alla unanimità** dal Congresso, ben compreso della assoluta necessità che esse vengano dai poteri centrali accolte e tradotte in atto. A tale proposito il Comitato Permanente ha già interessato il Senatore prof. Ciamician, presidente del Comitato per le Industrie chimiche e dell'Ufficio Permanente per dette Industrie, il quale ha cortesemente promesso il suo appoggio autorevolissimo.

Il prof. Centanni riferì quindi, con la precisione e chiarezza che gli sono proprie, intorno a «rapporti tra specialità e principio chimico»; il dott. Caravita di Reggio Emilia prospettò alcune interessanti questioni in rapporto all'alcool denaturato. Il prof. Contardi, della R. Scuola Superiore di agricoltura del Politecnico di Milano, darà, per gli «Atti», lo svolgimento di un tema importantissimo riguardante la «produzione dei farmaci sintetici in Italia»; il prof. Vanzetti trattò della «necessità dell'indirizzo fisico-chimico nella soluzione dei problemi industriali»; il ragioniere Dalai aggiornò il tema, da lui svolto magistralmente lo scorso anno, riguardante l'approvvigionamento delle materie prime.

Il prof. P. Piccinini trattò delle «condizioni derivanti alle nostre industrie chimico-farmaceutiche dalla esecuzione del trattato di Versailles», dimostrando quanto alle nostre tuttora deboli industrie possa nuocere la concorrenza, già *ante bellum* formidabile, dei prodotti dati ora dalla Germania in «conto riparazioni», i quali, producendo una vera pletora sul mercato, minacciano di soffocare addirittura la nostra appena iniziatasi produzione; mentre appare che molto maggior riguardo per le proprie industrie hanno avuto le altre Nazioni vincitrici, alle quali la Germania offriva i suoi prodotti sintetici medicamentosi, coloranti, ecc. La discussione su questo tema complesso si rese assai vivace, specie per la partecipazione del cav. Assauto, il quale portò nuovi dati di fatto e che rappresentava, a buon diritto, la classe farmaceutica.

Per valutare esattamente se la produzione italiana, attuale, è tale da meritare realmente che essa venga difesa, venne votato un ordine del giorno (accettato anche dal prof. Piccinini) il quale, mentre prende atto con plauso della relazione presentata, esprime il voto che il Comitato Permanente studii ulteriormente e constati quale è lo stato attuale di produttività delle nostre industrie chimico-farmaceutiche, nel campo dei prodotti sintetici.

Sul tema «Per una industria chimico farmaceutica veterinaria» riferì brillantemente il dottor Cocca, dimostrando la possibilità reale che in Italia si sviluppi degnamente ed utilmente la suddetta industria, che molto interessa tutti i veterinari, e sulla quali al Congresso precedente aveva richiamato l'attenzione il prof. Lanfranchi di Bologna.

Temi varii.

Sul «Rapporto fra stampa medica ed industrie Sanitarie» riferì magistralmente il dott. Villa, Direttore dell'*Avvenire Sanitario*, prospettando con acume e con spirito di italianità bene intesa tutte le questioni che a tale tema si connettono e riscuotendo il consenso unanime dell'assemblea.

Sul tema «Lavoro preparatorio svolto in rapporto alle industrie odontojatriche italiane» riferì con molta competenza il dott. De Tommasi di Milano, il quale, lumeggiato efficacemente tutto il vasto campo che si presenta per le suddette industrie, precisò quanto si è potuto fare fino ad ora e che merita tutta la maggiore attenzione; infatti, dei nuovi ed ottimi preparati per odontojatria ricordò come erano esposti nella Sezione chimico-farmaceutica delle Mostre.

Il dott. prof. Mauri, Direttore tecnico delle cristallerie di Murano, trattò del «vetro neutro» in rapporto alle esigenze mediche, mettendo in chiaro che non è ormai più necessario che il vetro neutro occorrente anche per tubi radioscopici e per qualsiasi specie di fiale ci venga dall'estero.

Il prof. Ascoli, Direttore del nuovo Istituto biologico *Serum*, trattò il tema interessantissimo: «Ciò che l'immunità offre al sanitario». Altri temi importanti, del prof. Luccarelli, prof. Palmieri, dott. Pisani, dott. Rivolta, dott. Nardi, dott. Greco, ecc., saranno integralmente riportati negli «Atti».

Industrie idrologiche italiane.

Assegnati all'ultima seduta, per chiudere degnamente i lavori del Congresso, i temi relativi alle industrie idrologiche si dimostrarono realmente degni del maggior interesse.

Il comm. A. M. Rebucci, avente in questioni idrologiche competenza assoluta e da tutti riconosciuta, svolse il tema «Stazioni di cura e municipii» e vennero le sue conclusioni, dopo breve discussione, approvate all'unanimità.

L'avv. Violati di Roma, altro competentissimo, trattò dei «Problemi pratici più urgenti in rapporto alle industrie idrologiche», in particolare svolgendo quanto si riferisce alla tassa di bollo per le acque minerali, e dimostrando quanto essa sia inopportuna, gravosa e illogica.

Il cav. Saccani parlò pure con molta pratica cognizione su «Fiscalismo attuale gravante sulle industrie idroterapiche e balneari» con speciale riferimento alla «tassa sui bagni». Il dott. Bergonzi richiamò l'attenzione sulla necessità che i medici italiani appoggino le nostre Stazioni idroclimatiche; intorno alle quali, e più precisamente sulla opportunità che siano le cure più specializzate e che sia più facile ai medici di formarsi un esatto concetto terapeutico di esse, presentò una nota, con la consueta genialità, il prof. Cattaneo.

Infine il prof. Piccinini parlò della «Opera della Associazione Medica Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica a favore del patrimonio idrologico italiano», prospettando, come presidente della Sezione Alta Italia, il vasto e complesso lavoro che tale Associazione ha svolto dalla sua fondazione (1886) ad oggi, ed a nome anche del Presidente del Consiglio generale, prof. L. Devoto, ricordò quale è il programma d'ordine scientifico che il grande sodalizio, di cui fanno parte numerose illustrazioni italiane, si propone. Per quanto riguarda la parte pratica, passò in rapida rassegna tutti i problemi diversi e più impellenti in rapporto alla vitalità e allo sviluppo delle industrie idrologiche, e più particolarmente fissò il concetto della assoluta ed improrogabile necessità che venga soppressa la tassa sui bagni, istituita con R. D. 13 luglio 1919, gravante in modo eccessivo e deleterio sulle industrie termali; e propose un ordine del giorno, redatto in collaborazione col chiarissimo prof. Marfori. Tale ordine del giorno venne accettato anche dal prof. Bertazzoli, di cui venne accolta all'unanimità la proposta che, a definire questioni specifiche in rapporto alle industrie idrologiche, l'Associazione Medica Idrologica ed il Consorzio Acque minerali procedano d'accordo con la Commissione Permanente per le Industrie Sanitarie.

* * *

Coronamento degno di un Congresso tanto altamente inspirato nel concetto informatore e tanto solidamente materiato di fatti, fu una breve conferenza tenuta dallo stesso Presidente del Comitato Permanente, prof. Bertazzoli, sul tema «Rapporti fra le classi dei sanitari, medici e farmacisti». L'importante tema, che coinvolge questioni morali tanto delicate, venne trattato con serenità ed elevatezza e con tanta finezza di tatto che, mentre avrebbe potuto dar luogo, per la presenza contemporanea di numerosi rappresentanti della classe medica e della farmaceutica, anche all'esplodere di dissensi e di reciproche recriminazioni incresciose, esso fu invece occasione per una simpaticissima affermazione di solidarietà reciproca e di intesa, così come era nei propositi e nella felice concezione dell'oratore. È certo che, affidata alla direzione del prof. Bertazzoli la funzione importantissima del Comitato Permanente per le Industrie Sanitarie Italiane, e per quanto tale funzione vada sempre più estendendosi ed aumentando di importanza, essa potrà svolgersi ottimamente, attirando a sè sempre meglio le forze vive delle classi sanitarie, degli uomini di scienza, degli industriali.

P.

☛ Da tenere presente!

Le tariffe postali già sensibilissime ma divenute ora più che mai gravose dopo il loro raddoppio, andato in vigore col 1° febbraio u. s., ci inducono a consigliare a tutti i nostri abbonati di non chiederci spedizioni di opere od altro in pieghi gravati d'assegno del relativo importo, ma di valersi sempre del mezzo più semplice, rapido ed economico che resta ancora quello di rimetterci, mediante Cartolina-Vaglia o con Assegno Bancario, il preciso ammontare di quanto si desidera.

☛ Lo stesso dicasi pel pagamento dell'importo d'abbonamento, che va pure inviato mediante Assegno Bancario o con Cartolina-Vaglia. Coloro che desiderano versarlo contro nostra Tratta postale, tengano presente che questa dovrà essere aumentata di circa 3 lire per le tasse accessorie ed altri diritti postali.

L'AMMINISTRAZIONE.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Avvelenamento da borace.

C. Potter (*Journ. of. Am. medical Association* 5 febbraio 1921) riporta il caso di un pittore di 66 anni, in buono stato di salute, che prese una certa quantità di sostanza, che egli riteneva un purgante salino. Un quarto d'ora dopo, venne colto da crampi violenti all'epigastrio, e vomiti; un medico chiamato d'urgenza, diagnosticò indigestione acuta ed ordinò latte di magnesia. Un paio d'ore più tardi, l'A. trovò l'ammalato con polso debole, estremità fredde, sudori freddi, cianosi; ad intervalli, si lamentava di soffocare e gridava per il dolore epigastrico. Gli stimolanti (stricnina ed olio canforato) rimasero senza effetto, e l'ammalato morì un'ora dopo. All'autopsia nulla di notevole, non orlo gengivale, che facesse supporre intossicazione saturnina.

L'analisi del contenuto gastrico dimostrò la presenza di 42 g. di borace; evidentemente l'ammalato aveva preso il barattolo del borace ritenendo che fosse quello del purgante salino. Il caso dimostra che il borace in quantità rilevanti può essere tossico. *fil.*

I sintomi dell' intossicazione da alcool metilico.

Rassomigliano di molto a quelli dell'intossicazione alcoolica ordinaria, solo che sono più protratti, con prevalenza di fatti irritativi, il coma può durare diversi giorni e terminare con la morte; spesso vi è cecità incurabile da neurite retrobulbare e retinite.

All'inizio si hanno i sintomi dell'ubriacatura, con delirio. irrequietezza, incoscienza, collasso e coma; le pupille di solito midriatiche e non rispondono alla luce: può esservi nistagmo.

Sono notevoli la dispnea e la cianosi; la temperatura è sub-normale. La morte avviene nel coma, per paralisi respiratoria, in un intervallo variabile da poche ore a tre giorni; talvolta i sintomi sono tardivi e poi rapidamente si verifica la morte. Il delirio può pure essere tardivo: frequente è la cistite. I sintomi oculari, *bilaterali*, consistono in scotoma, visione non chiara, cecità: la perdita della visione può verificarsi in poche ore o dopo qualche giorno, di solito diventa assoluta.

Il trattamento consiste in somministrazione di purganti, stimolanti: nell'uso del calore e della morfina.

(*Med. Record*, 7 maggio 1921).

fil.

Sulla tossicità del novarsenobenzolo.

M. Trossarello (*Gazz. Osp. e Clin.*, 8 maggio 1921), fra le molte migliaia di casi trattati con il novarsenobenzol Billon, ha osservato in questi ultimi anni dei disturbi impressionanti, oltre che per la loro gravità, per la frequenza con cui si verificano. Essi si presentarono sia sotto forma di rapide congestioni e tumefazioni del viso, di tachicardie, vertigini, accessi di tosse, lipotimie passeggere, parestesie, sia con alterazioni a carico dell'apparato gastro-intestinale (vomiti e diarree), sia con elevazioni termiche di difficile remissione. In qualche caso l'A. notò un complesso di fenomeni particolarmente gravi sviluppatisi 15-100 minuti dopo l'iniezione di cg. 30-45 in individui già sottoposti a cure arsenobenzoliche.

In uno di essi ad una sensazione di calore e formicolio seguì quella di costrizione e di soffocazione: pallore dellla cute, labbra cianotiche, respiro dapprima frequente e superficiale, poi profondo, raro, irregolare: cianosi spiccata, polso quasi impercettibile, perdita dei sensi. Dopo iniezioni di etere, d'olio canforato, di caffeina, dopo aver continuato per una ventina di minuti la respirazione artificiale, il paziente migliorò gradatamente ed in un'ora la crisi si risolse. Ne residuarono cefalea pulsante, diarrea anche sanguinolenta, elevazione termica, durante parecchi giorni. Tutti questi fenomeni non sono spiegabili con la sola crisi nitritoide e nemmeno sono da riferirsi a sensibilità individuale, trattandosi di persone non nuove al rimedio.

Fatti analoghi sono stati osservati da altri con il novarsenobenzolo: il prof. Valobra ebbe persino un caso di morte in seguito ad iniezione di cg. 20. Si deve ritenere quindi che alcuni campioni di questo preparato sono dotati di un elevato grado di tossicità, che, malauguratamente, non può riconoscersi *a priori*, fra le altre fiale, che non danno luogo a nessun inconveniente. *fil.*

Come agisce il benzolo nella leucemia.

Il benzolo non è da ritenersi incondizionatamente efficace in tutti i casi di leucemia e può talora determinare l'insorgenza di fenomeni di intolleranza e di intossicazione. La somministrazione va fatta per via orale a piccole dosi quotidianamente (non più di g. 1.5 nelle forme croniche e g. 4 nelle acute). Si ha dapprima un aumento passeggero di leucociti, poi riduzione con distruzione delle forme imma-

ture e patologiche e tendenza al ritorno alla formola leucocitaria normale: aumento nel numero delle emazie, e nel contenuto emoglobinico; riduzione della spleno- ed epato-megalia, caduta della eventuale febbre, miglioramento dello stato generale.

Il malato va tenuto sotto il controllo ematologico: non si deve attendere che il numero dei leucociti sia ritornato normale per sospendere la somministrazione del rimedio (Ravenna, *Riv. crit. di clin. med.* XXI, n. 16). È bene invece diminuire in modo progressivo e rapido le dosi quando si osserva una tendenza alla riduzione nel numero dei globuli bianchi. Sorpassando invece il limite, si può andare incontro a leucopenia anche grave e ad emorragia delle mucose. La cura va poi associata od alternata con altri rimedi (arsenico, raggi X, torio) ed inspirata a grande prudenza, tenendo presente che l'intervento è puramente sintomatico e, tosto o tardi possono insorgere recidive o riacutizzazioni, dinanzi alle quali ogni terapia è inefficace. *fil.*

Azione oncogena di alcune sostanze chimiche. Tumori della vescica nei lavoranti dell'industria chimica.

Carschmann (*Cblatt. f. Gewerbehygiene e Lavoro,* febbraio 1921) riferisce sopra 117 casi di tumori della vescica osservati dal 1905-1920 sopra 80-100.000 operai, che avevano lavorato con diverse sostanze chimiche, quali fuxina, benzidina, B-naftilamina, anilina, ecc. Sui 40 casi di malattie della vescica osservati dal 1913 al 1920, 28 erano tumori, di cui 12 di natura benigna, 15 di natura maligna, uno misto. I tumori benigni appartengono ai papillomi, interessano solo la mucosa, senza infiltrarsi nella sottomucosa e nella muscolare, provocano frequenti emorragie.

È provato dalla patologia sperimentale che diverse sostanze, come fenilendiamina, toluilendiamina, paranitranilina provocano infiammazione della vescica con stranguria ed emorragie vescicali; a tali sostanze, come anche alla B-naftilamina può imputarsi anche la formazione di tumori; però il numero esiguo dei casi, in confronto della grande cifra dei lavoratori dimostra che il nesso fra professione e malattia è così tenue da far pensare ad una predisposizione individuale piuttosto che ad azione specifica delle sostanze.

È stato osservato però che certe misure igieniche (pulizia personale, mezzi protettivi per impedire il contatto) sono in grado di effettuare dopo parecchi anni di astensione dal lavoro, una regressione e forse la scomparsa dei tumori della vescica.

La questione va quindi ancora studiata, sia per conoscere con precisione le sostanze che determinano tali effetti e come si esplichi la loro azione, sia dal punto di vista statistico, con circonstanziati rilievi per ogni caso; frattanto si metteranno in opera i mezzi profilattici. *fil.*

Il carbone animale nella cura degli avvelenamenti.

I buoni effetti del carbone animale negli avvelenamenti sono stati dimostrati per primo nel 1830 da un chimico, Thonery, che prese 1 grammo di stricnina, mescolata con 15 grammi di carbone animale senza risentire alcun effetto patologico. Altri autori, in tempi più recenti, hanno trattato casi di avvelenamento da morfina, sublimato corrosivo, fosforo, lisol, veronal, ecc., col carbone animale, salvando l'ammalato, anche in casi che sembravano gravissimi.

Questi risultati hanno condotto Klemperer (*Therapie der Gegenwart* e *Med. Review,* maggio 1921) ad applicare sistematicamente l'uso di questo rimedio in ogni avvelenamento.

Quando il paziente viene ammesso all'ospedale nelle 12 ore consecutive all'avvelenamento, gli viene praticata una lavatura dello stomaco con 20 litri di acqua tiepida, ciò che non si fa, qualora esistono segni di peritonite o di imminente perforazione dello stomaco. Si somministrano poi due cucchiai da tavola di carbone animale mescolato con 30 grammi di solfato di magnesio: quest'ultimo viene sostituito da magnesia usta se l'avvelenamento è da acidi, da acido citrico se invece è da alcali. Queste mescolanze vengono date (sospese in ½ litro d'acqua) anche se l'avvelenamento risale a più di 12 ore.

L'A. riporta 25 casi di avvelenamento da sublimato, arsenico, lisolo, fosforo, cianuro di potassio così trattati con successo. Il carbone animale sarebbe altresì indicato nel botulismo, avvelenamenti da carne e da pesce, nelle enteriti, dissenteria, colera, somministrandone 20-30 g. successivamente ad un purgante.

Il carbone animale dev'essere depurato. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Sulle alterazioni istologiche del rene prodotte dal raffreddamento.

Il numero delle « malattie da raffreddamento », una volta molto esteso, col progredire degli studi e delle ricerche è andato sempre più riducendosi talchè attualmente al freddo viene data importanza etiologica in un numero relativamente ristretto di stati morbosi: fra essi citiamo la nefrite.

Cicconardi, con una serie di esperienze, ha voluto studiare le eventuali alterazioni istologiche che il freddo è capace di provocare nel rene, sia quando su di esso venga applicato direttamente un liquido molto freddo, sia quando si provoca nell'animale un raffreddamento dell'intero organismo.

Ricerche di tal genere ma con metodi diversi erano state eseguite dall'Affanassiew, dal Lassor, dallo Zillessen, da Hockhaus, ecc.

L'A. (*Archivio Scienze mediche*, vol. 43, fascicolo 5-6) in un primo gruppo di conigli applicava una miscela frigorifera sulla regione lombare sinistra — per lo studio del rene sinistro —; in un secondo gruppo, il ghiaccio, contenuto in una tasca di gomma, era applicato direttamente sul rene messo allo scoperto; un terzo gruppo di animali era infine sottoposto ad immersione in acqua ghiacciata fino a raggiungere notevoli abbassamenti di temperatura (12°-14°).

I reni degli animali sottoposti ad esperimento ma senza essere preventivamente sottoposti alle iniezioni endovenose della soluzione di litio-carminio, furono fissati nello Zenker, inclusi in paraffina, colorati con emallume ed eosina.

I reni degli animali che, prima dell'esperimento, erano stati sottoposti al processo della colorazione vitale, vennero fissati in formalina, inclusi in paraffina, colorati con emallume di Mayer. Contemporaneamente l'A. eseguiva l'analisi chimica e microscopica delle urine.

Senza riportare i minuti protocolli dei 18 esperimenti vediamo che le conclusioni cui l'A. giunge sono le seguenti:

Per azione del freddo si producono nei reni dei conigli alterazioni di una qualche entità che funzionalmente si manifestano con albuminuria e con eliminazione di cilindri granulosi, istologicamente consistono in modificazioni della colorabilità vitale, col carminio, degli epiteli nei diversi tratti dei canalicoli, in fenomeni degenerativi e di infiltrazione emorragica. Queste alterazioni compaiono nelle prime 24 ore dopo l'azione del freddo, vanno diminuendo nei giorni successivi e scompaiono con completa *restitutio ad integrum* in circa due settimane.

Risulta anche dagli esperimenti che nelle applicazioni locali del freddo su di un solo rene, non soltanto questo ma anche l'altro appare alterato e che l'azione generale del freddo produce sui reni effetti più gravi — fino ad una vera nefrite emorragica — che non l'applicazione locale di temperature assai basse.

È verosimile che il rene sia un organo abbastanza resistente all'azione diretta del freddo, poichè, per temperature che in altri organi produrrebbero i fenomeni caratteristici dei cosiddetti congelamenti, esso non mostra che fatti alterativi poco intensi e facilmente riparabili.

Le alterazioni, inoltre, funzionali ed istologiche che si manifestano nei reni per azione locale e generale del freddo, debbono essere di natura vasomotoria e non va esclusa la possibilità di fattori tossici che secondo alcuni patologi si produrrebbero nelle perfrigerazioni.

L'A. conclude infine dicendo che la rapida scomparsa delle alterazioni renali prodotte dal freddo fa vedere che (almeno nei conigli, non è lecito pensarlo anche per l'uomo) questo agente etiologico non si può considerare come la causa diretta di vere ed inguaribili nefriti.

MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1367) *Diagnosi bacteriologica della difterite.* — Al dott. N. G., abb. n. 9125:

L'*esame microscopico* di una membrana faringea o tonsillare, che dia *reperto positivo di numerose forme bacteriche,* coi caratteri del bac. difterico, è mezzo *di orientamento,* non di sicurezza: secondo molti, e specialmente nei bambini, è però *criterio sufficiente per iniziare una terapia col siero specifico,* e, secondo noi, giustamente.

L'*esame culturale* in siero di Löffler, che mostri lo sviluppo di *numerose colonie* sospette, le quali microscopicamente dopo 14-16 ore si ritrovino costituite da bacilli, con tutti i caratteri morfologici del bac. di Löffler, è *clinicamente sufficiente per la diagnosi di difterite ed obbliga alla cura col siero.* La certezza bacteriologica si ottiene solo con le *prove culturali, fermentative* e *biologiche* del germe *isolato.* Di tali prove, che richiedono molto tempo, la clinica non può usufruire, per i suoi urgenti bisogni. Sull'argomento però, che desta sempre grande interesse tra i pratici e tra i teorici, il nostro giornale prossimamente pubblicherà una rivista di persona competente. *t. p.*

(1368) *Per la terapia della dissenteria bacillare.* — All'abb. n. 10577:

L'accertamento bacteriologico (dopo l'8-10° giorno può essere utile la sierodiagnosi di agglutinazione) è necessario prima di iniziare la cura specifica. Specialmente nei primi giorni di malattia la *sieroterapia con siero antidissenterico* dà, in gran numero di casi, ottimi resultati. La dose di siero deve essere generosa (fino a cento cmc. al giorno per via intramuscolare).

Bisogna ricordare che talora, e non raramente, le dissenterie sono miste e che sarà bene in ogni caso fare contemporaneamente l'esame delle feci per la ricerca dell'amoeba dissenterica. In caso positivo la cura deve essere mista: sieroterapica ed emetinica.

La *dieta* deve nei primi giorni essere *idrica*: si preferiranno le acque albuminose e specialmente l'acqua di riso, che la recente esperienza ha dimostrato utilissima. Si aggiungerà il the leggero, in quantità piuttosto larga (fino ad un litro al giorno) possibilmente non zuccherato. Brodi di legumi, e successivamente con aggiunta di farina di riso, di frumento, prima molto diluiti poi più concentrati, seguiranno alla dieta idrica. Il riso molto cotto si potrà somministrare quando già un certo miglioramento si noterà nei sintomi dissenterici. È preferibile astenersi dal latte e dalle uova; al più si potrà somministrare del latte sotto forma di yougurt.

L'alimentazione progredirà secondo il decorso della malattia: i grassi saranno somministrati per ultimi.

In casi particolari sarà utile una *terapia locale* con clisterini oppiati e salicilici (1:1000), talora con clisteri al nitrato d'argento (1:20000), se il tenesmo e la diarrea fortemente sanguinolenta richiederanno che si ponga riparo al danno del sintoma. *t. p.*

(1369) *La lombaggine influenzale.* — Al dottor M. A. da R. B.:

Le mialgie, e con esse le lombaggini, possono costituire un sintomo ed un postumo dell'influenza. Le lombaggini influenzali non hanno nulla di caratteristico che le distingua dalle comuni forme dette reumatiche. La cura è la medesima. Per la letteratura consultare i trattati che si occupano delle mialgie in genere e delle lombaggini in particolare.

DR.

VARIA

La carta moneta vettrice di microbi.

In seguito ad iniziativa de «L'Epoca», il Direttore Generale della Sanità pubblica, comm. dottor Lutrario, ha affidato al prof. G. Sampietro, dell'Ufficio d'igiene del Comune di Roma, l'incarico di analizzare la flora batterica di dieci biglietti di banca di piccolo taglio logori.

L'insigne batteriologo si è valso del materiale di raschiamento e di lavaggio dei buoni, e, col metodo delle diluizioni progressive, ha allestito delle piastre in agar e le ha fatte sviluppare per 15 giorni a temperatura ambiente, ovvero per 24 ore a 37°; ha proceduto poi alla numerazione ed alla identificazione dei germi; ha ricercato i batterî patogeni inoculando colture comuni, colture di arricchimento e liquido di lavaggio dei buoni.

La numerazione ha dato da 70 a 150 milioni di batterî per ogni buono logoro. L'identificazione ha fatto riconoscere una serie di germi banali: il sottile, il mesenterico, il megaterio, cocchi e sarcine comuni, ifomiceti (in specie *Penicillium glaucum*), streptotrine (alba e chromogena). Di germi che possono assumere importanza piogena l'A. ha riscontrato lo stafilococco piogene ed il colibacillo.

La relazione è pubblicata sull'«Epoca» del 17 luglio. In un lucido commento il dott. Trulli illustra il significato di queste ricerche ed insiste sulla convenienza di ritirare dalla circolazione i buoni di cassa logori e sull'utilità della pulizia.

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTE.

GUALDUCCI G. *La nostra legislazione sulla vigilanza annonaria delle carni.* — Roma, Tip. Menaglia, 1920.

Atti III Congresso Nazionale della Federazione Nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla Vigilanza igienica. — Roma, Tip. G. Menaglia, 1920.

COZZOLINO OLIMPIO. *Per una classifica clinica delle turbe dell'apparato nutritizio nel lattante alimentato artificialmente.* — Caserta, Stab. Tip. Sociale, 1920.

ID. *L'encefalo in un caso d'idiozia mongoloide.* — Napoli, Off. Tip. A. Tocco, 1921.

IORGE RICCARDO. *L'encéphalite létargique.* — Laval, Imprimerie L. Barnéoud et C., 1920.

FRANCO PIETRO MARIA. *La diagnosi della malattia di Grancher mediante la fonascopia.* — Napoli, Stab. Giuseppe Narino, 1920.

RUGANI LUIGI. *Sulle nevrosi belliche in riguardo all'otorinolaringologia.* — Biella, Stab. Tip. G. Testa, 1920.

AJELLO ABELE. *Chirurgia gastrica.* II parte. — Napoli, Tip. Di Enrico M. Muca, 1920.

FEDERICI NICOLINO. *Note e commenti d'indole chirurgica e di medicina sociale.* — Milano, A. Rancati, 1921.

ADRIAS RODRIGUEZ. *Sobre el criterio de elecciòn y sobre la preparaciòn de sueros mercurializados y Salvarsanizados.* — Murcia, L. y. Medina, 1920.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Libera Associazione dei Medici di Trieste.

Ha tenuto un Congresso generale straordinario il 30 giugno u. s., sotto la presidenza del dottor Mann, segretario il dott. Vivante, presenti oltre 100 soci.

Il presidente, dopo dichiarato aperto il Congresso, presenta all'assemblea il dott. Domenichini, segretario della Federazione degli Ordini dei Medici del Regno, venuto espressamente in rappresentanza del prof. Silvagni. Rileva l'importanza dell'avvenimento, perchè è la prima volta che la potente Federazione partecipa ufficialmente all'attività della Libera. Presenta poi il dott. Lovisoni di Gradisca, presidente della Libera del Friuli, e giustifica l'assenza del dott. Pesante, presidente della Libera dell'Istria e deputato al Parlamento. Letto ed approvato il R. V. dell'ultimo Congresso, il dott. Domenichini ricambia il saluto del presidente e assicura l'assemblea della solidarietà e dell'appoggio della Federazione in questo avvenimento che interessa tutti i medici del Regno.

Il presidente riferisce le trattative svoltesi con una Commissione arbitrale presieduta dal dottor Stocca, direttore dell'Istituto Pensioni in merito all'assicurazione dei famigliari presso l'Associazione Mutua. Nel corso delle trattative subentrò la crisi direzionale di questa Società e la discussione venne di comune accordo interrotta; nel frattempo la *Gazzetta Ufficiale* del Regno pubblicava un decreto ministeriale (di cui vien data lettura) che estende il diritto di assicurazione per i famigliari a tutti coloro che hanno un introito annuo di lire 12,000. I fiduciari del collegio medico della Cassa Distrettuale presero subito posizione di fronte a questo gravissimo avvenimento, e la Direzione della Libera, dopo aver convocato tutti i medici della Cassa Distrettuale, i quali in vista dell'importanza di questo decreto per tutta la casta deferiscono alla Libera stessa la soluzione della vertenza, si mise in relazione col direttore della Cassa distrettuale e con un insigne legale della città per esperire le pratiche del caso. Dopo aver esaurientemente spiegato le ragioni che diressero l'operato del Consiglio direttivo, presenta alla discussione un ordine del giorno, secondo il quale, con le dovute restrizioni e garanzie e con riguardo specialmente alle precarie condizioni della casta degli impiegati, si proponeva l'accettazione parziale del nuovo decreto.

Il dott. Jacchia riferisce le delucidazioni di carattere giuridico avute sull'argomento e spiega che a fruire del nuovo beneficio sarebbero stati non soltanto gli affigliati delle Casse distrettuali, ma anche quelli delle Società equiparate. Assicura che in base al contratto vigente i medici della Cassa non possono venir costretti ad allargare le loro prestazioni.

A richiesta del dott. Apollonio, il dott. Domenichini riferisce che nel vecchio Regno non è stato definitivamente fissato il limite massimo, che i lavoratori insistono nel diritto di estendere l'assicurazione di malattia a tutti coloro che già fruiscono dell'assicurazione infortunii, e infine che i medici tentano di ottenere il pagamento delle prestazioni con notule. Sarebbe d'avviso che, in vista della prossima promulgazione della legge per tutto il Regno, non se ne pregiudichi l'esito con concessioni locali.

Il dott. Mass. Brunner appoggia l'ordine del giorno del Consiglio direttivo e raccomanda che si studi la maniera di evitare lo sfruttamento illimitato e irregolare dei medici.

Il dott. Augusto Nordio ricorda che le terre redente si trovano già per quanto riguarda l'assicurazione di malattia in una posizione di preferenza e propone quindi di rifiutare l'accettazione del decreto in parola.

Il dott. Nigris appoggia e completa la proposta Nordio; dal momento che siamo in Italia, non c'è più bisogno di continuare a ricorrere alle leggi austriache. La cifra di 12,000 lire it., specialmente in vista dell'ondata del ribasso, è pericolosamente alta; non ritiene che ci si debba preoccupare della solennità del decreto promulgato, perchè non sarebbe il primo decreto che il Governo si è rimangiato; è anche lui d'avviso che si debba respingerlo.

Il dott. Domenichini condivide queste vedute ed assicura tutto l'appoggio della Federazione per impedire il crumiraggio.

Apollonio e Radl sarebbero d'accordo, ma temono che il Consiglio direttivo ponga la questione di fiducia, e rilevano le benemerenze dello stesso.

Mann ritiene d'interpretare il pensiero dei colleghi del Consiglio direttivo assicurando che gli stessi osserveranno quella disciplina che fu ognora invocata nell'interesse della generalità.

Jesurum non è d'accordo con la proposta Nigris, perchè in contrasto con lo spirito dei tempi, e perchè l'assicurazione sociale s'impone necessariamente.

Nigris concreta il seguente ordine del giorno:

«La Libera Associazione dei Medici di Trieste, radunata a Congresso generale straordinario la sera del 30 giugno 1921, esprimendo la massima fiducia ed il plauso più entusiastico al Consiglio direttivo ed al suo Presidente, instancabile nella tutela degli interessi professionali;

«dichiara di non accettare nessun ritocco alla legislazione sanitaria e di assicurazione sociale ancora vigente in queste Provincie;

«sollecita dal Governo la promulgazione di una legge sull'assicurazione di malattia, per tutta l'Italia, che dichiara fin d'ora di voler accettare in piena armonia e accordo coi colleghi del vecchio Regno;

«incarica il Consiglio direttivo di portare questa decisione a conoscenza del Ministero e degli Enti locali interessati, e di prendere tutti quei provvedimenti necessari all'attuazione pratica delle decisioni prese con quest'ordine del giorno».

Per appello nominale l'ordine del giorno è approvato da tutti i presenti meno tre contrarii. Si incarica il Consiglio di richiedere il voto degli assenti.

Associazione Italiana Direttori Sanitari di Istituti Ospitalieri.

Il Comitato direttivo ha diramato ai parlamentari medici ed alla stampa il seguente *Memoriale*:

L'Associazione Nazionale dei Direttori Sanitari degli Istituti Ospitalieri, preoccupata da tempo delle tristissime condizioni in cui versano le Amministrazioni degli Ospedali e della necessità di portare in questi Istituti i miglioramenti che i progressi della scienza esigono e che durante la guerra non si poterono attuare, ripetutamente e con insistenza chiese provvedimenti che permettessero di fronteggiare una situazione che evidentemente si andava facendo sempre più grave. Parimenti furono emessi voti e fatte pratiche in convegni di Amministratori di Ospedali ed il Senato ebbe più volte ad occuparsi di tale questione.

È superfluo trattenersi sulla gravità della situazione finanziaria di tutti gli Ospedali, tanto è nota; ormai si è al punto che riesce difficile avere a disposizione nei giorni fissati il denaro per gli stipendi del numeroso personale e non è lontano il momento in cui tali pagamenti dovranno essere ridotti o sospesi, mentre già da molto tempo si ritardano i pagamenti ai fornitori, che non di rado minacciano di interrompere le loro somministrazioni, così che presto alle minaccie faranno seguito i fatti.

Tale stato di cose impedisce ogni programma organico di riforme e di lavori e non consente di seguire con prontezza e larghezza di mezzi il progresso scientifico in materia come quella dell'assistenza ai malati, in cui seguirlo con sollecita cura è doveroso.

I provvedimenti finora emanati non hanno — nonostante ogni buona volontà di Amministratori — portato rimedio risolutivo, anzi la situazione sempre più si aggrava, avendo le Amministrazioni ormai esaurito gli espedienti a cui potevano ricorrere. La crisi attuale venne in doppio modo risentita dagli Ospedali, cioè per il rincaro di tutti i generi che occorrono e per l'aumento forte degli stipendi, da cui derivò la necessità di elevare sempre più le rette di spedalità a carico dei Comuni ed il ritardo sempre maggiore nei pagamenti per parte di questi. I ribassi che cominciano a verificarsi non possono dare per ora che beneficii limitati; se saranno in misura rilevante e permanenti renderanno necessaria la riduzione dell'elevata retta di spedalità, ma non escluderanno il bisogno dei provvedimenti invocati.

Se si vuole evitare che gli Ospedali siano a breve scadenza nell'impossibilità di funzionare con danno immenso per l'assistenza a tanti sofferenti, per la salute pubblica, per l'economia sociale, urgono provvedimenti di vario ordine e su di essi nuovamente l'Associazione sente il dovere di insistere.

Occorrono subito mezzi finanziari; ormai soltanto dal Governo è possibile ottenere il denaro che è indispensabile, e che è garantito dai crediti verso i Comuni, e bisogna che tale contributo non tardi e sia dato nella larga misura necessaria.

Superata la difficoltà del momento, occorre provvedere con sollecitudine affinchè i crediti per spedalità siano riscuotibili con maggiori agevolazioni, che portino quella prontezza negli incassi che ancora invano si invoca.

Urge alleggerire i Comuni dell'onere ingente che deriva dalle spedalità, perciò si deve attuare l'Assicurazione contro le malattie in modo che sia provveduto con essa innanzi tutto all'assistenza ospitaliera ed al sussidio per le famiglie dei malati.

Bisogna sia stabilita una speciale imposta in favore dell'assistenza ospitaliera, così da fornire larghi proventi e permettere l'allargamento ed il voluto miglioramento tecnico.

Occorre sia riformato il sistema amministrativo degli Ospedali in modo da unirli in aggruppamenti che permettano economie, migliore coordinamento dell'assistenza di malati.

Si rende anche particolarmente necessario che venga data maggiore autorità allo elemento tecnico e cioè alle *Direzioni sanitarie*, siccome quelle che efficacemente possono concorrere, per vera competenza di studi e di esperienza pratica, alla risoluzione dei varî problemi riflettenti l'azienda ospitaliera e a realizzare una bene intesa economia, nell'interesse dei malati e delle stesse Amministrazioni.

Seguono le firme dei componenti il Comitato direttivo: Baldassari Luigi, Firenze - Campani Arturo, Brescia - De Hyeronimis Taddeo, Lucca - Gherardi Gastone, Vercelli - Guerra Coppioli, Firenze - Guicciardi Giovanni, Modena - Gusina Eugenio, Trieste - Ligorio Edoardo, Venezia - Pugliesi Giovanni, Venezia - Ronzani Enrico, Milano - Varanini Mario, Trieste.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8955) *Ricchezza mobile - Indennità caro-viveri.* — Dott. A. P. da E. — Su tutti i proventi indicati nel quesito si paga la imposta di Ricchezza Mobile in ragione dell'8,65 per cento. Sul secondo caro-viveri è dovuto il supplemento di cent. 85 giornaliero per ogni persona di famiglia, compreso anche il bambino di sei mesi.

(8957) *Prestazione sanitaria.* — Dott. D. B. da S. — Il povero da Lei indicato deve ritenersi di passaggio per la sua condotta e, perciò, il Sindaco deve emettere i relativi provvedimenti, a mente del vigente regolamento generale sanitario. Noi riteniamo che il compenso Le spetti e che esso debba cedere a carico del Comune.

(8958) *Esercizio professionale all'estero.* — Dottor R. C. da R. — Per esercitare la professione negli Stati Uniti di America occorre fornirsi di diploma presso quelle Università e sostenere tutti gli esami professionali. Per maggiori chiarimenti rivolgersi al rispettivo Console.

(8960) *Diploma di perfezionamento in igiene.* — Dott. C. T. da C. — Il titolo da Lei accennato può bene essere fatto valere in concorsi per la nomina ad Ufficiali sanitarii.

(8961) *Certificato di cittadinanza italiana.* — Dott. V. P. da C. D. S. — Non potremmo consigliarla a ricorrere perchè potrebbe non aver ragione in quanto che, essendovi per mezzo i diritti di terzi, le prescrizioni imposte dalle vigenti leggi in materia di pubblici concorsi sono di stretta e rigorosa applicazione. Non si può muovere rimprovero alla Commissione giudicatrice se lo ha escluso per aver esibito il certificato di cittadinanza, che occorreva necessariamente, sette giorni dopo che il concorso era chiuso.

(8962) *Visita stabilimenti balneari - Concorsi.* — Dott. L. F. da L. — Per la visita di stabilimenti balneari non si può chiedere compenso, rientrando essa nelle normali funzioni dell'Ufficiale sanitario. Allorchè il concorso è chiuso e la Commissione giudicatrice ha emesso il suo definitivo giudizio, ogni concorrente può ritirare i titoli ed i documenti presentati.

(8963) *Esito di concorso.* — Dott. A. P. da P. S. S. — Banditosi il concorso per la nomina di un medico condotto non se ne possono nominare due, tanto più che i due che si vogliono preferire non figurano classificati con i medesimi punti, per modo che può nascere il dubbio che si sia ricorso all'espediente per salvare in porto chi ottenne voti minori. Oltre a ciò, occorre anche esaminare se l'organico prevede per il Comune uno o più medici.

(8964) *Sessennio - Caro-viveri.* — Dott. E. C. da P. — Il tempo passato in servizio militare va calcolato come servizio effettivo agli effetti del computo del sessennio. Se fosse diversamente, avrebbe vantaggio maggiore chi fu dispensato dal servizio militare, ovvero chi, per altra qualsiasi ragione, non fece il militare e rimase in paese. Prestando servizio in due condotte del medesimo Comune, non Le compete che una sola indennità caro-viveri. Non si può aprire nessun concorso se prima non sia stato formulato l'elenco dei poveri. Qualora il Comune ingiustificatamente trascura la redazione di detto elenco, può essere obbligato a pagare i danni derivati al sanitario per la sua negligenza ai termini dell'art. 1152 del Codice civ.

(8965) *Somministrazione gratuita di medicinali.* — Dott. S. C. da F. — Gli articoli 68 e 69 del regolamento generale sanitario chiaramente dicono che la richiesta pei medicinali gratuiti deve essere fatta dal medico condotto. Il libero esercente può fare prescrizioni nei soli casi di urgenza per i primi ed immediati soccorsi sotto la sua personale responsabilità, salvo ratifica dell'autorità competente.

Doctor JUSTITIA.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

42. Provincia di *Ascoli Piceno*: Dottori: Maione cav. Pasquale, Ascoli Piceno, L. 150 — Tavani Giuseppe, Fermo, L. 150 — Cardarelli Nazzareno, Monte Giorgio, L. 150 — Barbieri Giovanni, Monte Monaco, L. 150 — Lecchini Egidio, Monte Urano, L. 150 — Bertolini Giovanni, Peritoli, L. 150 — Micheli Giovanni, S. Benedetto del Tronto, L. 100 — Cipriani Cipriano, Ripatransone, L. 100 — Vallerani Valerio, Massignano, L. 100 — Bracchetti Antonio, Acquasanta, L. 100 — Narcisi Ettore, Acquaviva Picena, L. 100 — Capparelli Francesco, Arquata del Tronto, L. 100 — Landi Filippo, Castorano, L. 100 — Monti Umberto, Colli del Tronto, L. 100 — Del Duca Alessandro, Cassignano, L. 100 — Martinelli Domenico, Falerone, L. 100 — Ciuccarelli Francesco, Force, L. 100 — Palmarini Otello, Grottammare, L. 100 — Carboni Raffaele, Grottazzolina, L. 100 — Barbieri Tommaso, Massa Formana, L. 100 — Barbieri Tommaso, Montappone, L. 100 — Passamonti Michele, Monte Fiore dell'Aso, L. 100 — Possenti Sante, Monte Granaro, L. 100 — Ubaldi Amedeo, Offida, L. 100 — Blasi Giuseppe, Rotella, L. 100 — Lelli Ferdinando, S. Elpidio a Mare L. 100 — Costantini Giuseppe, Spinetoli, L. 100 — Marchei Francesco, Castignano, L. 100.

43. Provincia di *Milano*: Dottori: Curti Riccardo, Milano, L. 500 — Martinelli Alessandro, Milano, L. 500 — Gandini Luigi, Legnano, L. 400 — Pignacca Giuseppe, Agrate, L. 300 — Bensi Armando, Trezzo d'Adda, L. 300 — Rossi Luigi, Rescaldina, L. 300 — Greco Tommaso Guido, Milano, L. 300 — Somaini Guido, Milano, L. 300 — Crespi Camillo, Albiate, L. 200 — Soncini Giuseppe, Baggio, L. 200 — Bignami Carlo, Mareggio, L. 200 — Gatti Andrea, Bellusco, L. 200 — Sironi Enrico, Besana Brianza, L. 200 — Coccongelli Francesco, Busto Garolfo, L. 200 — Coli Gaetano, Carate Brianza, L. 200 — Grassi Carlo, Cerro Maggiore, L. 200 — Comotti Paolo, Gerenzano, L. 200 — De Gresti Arturo, Inzago, L. 200 — Pavesi Tommaso, Musocco, L. 200 — Corvi Fausto, Nova, L. 200 — Tommasini Angelo, Pozzuolo Maggiore, L. 200

44. Provincia di *Napoli*: Dottori: Grassi Arturo, Secondigliano, L. 400 — De Rosa Ettore, Arzano, L. 400 — Romano Raffaele, Pomigliano, L. 400 — De Magistris Carlo, Mugnano, L. 400 — Cicala Vincenzino, Melito, L. 400 — Sepe Achille, Afragola, L. 400 — Coccurullo Giuseppe, Torre Annunziata, L. 400 — Marsiglia Giuseppe, Soccavo, Lire 400 — Lamagna Giuseppe, S. Giovanni Ferruccio, L. 300 — Marasco Raffaello, Ponticelli, L. 300 — Cimino Domenico, Somma, L. 300 — Gervasio Crescenzio, Torre del Greco, L. 300 — Ricciardi Vincenzo, S. Pietro a Patierno, L. 300 — Fontana Benedetto, Casalnuovo, L. 300 — Pacilio Ernesto, Grumo Nevano, L. 300 — Palumbo Luigi, Giugliano, L. 300 — Eschena Pasquale, Villaricca, Lire 300 — Messina Giuseppe, Ischia, L. 300 — Muscogiuri Pasquale, Castellammare, L. 300 — Lancella Francesco, Barra, L. 200 — Barone Luca, S. Anastasia, L. 200 — Formicola Ciro, Portici, L. 200 — De Leo Raffaele, Casoria, L. 200 — Fusco Lodovico, Cardito, L. 200 — D'Amodio Car-

mine, S. Antimo, L. 200 — Silvestre Gaetano, Casandrino, L. 200 — Barbato Raffaele, Frattamaggiore, L. 200 — Astarita Vincenzo, Piano Sorrento, L. 200 — Astarita Costantino, Meta, L. 200 — Abagnale Donato, Gragnano, L. 200 — D'Ambrosio Raffaele, Boscotrecase, L. 200 — Oliva Carlo, Boscoreale, L. 200 — Cantore Achille, Poggiomarino, L. 200 — Artiaco Ignazio, Pozzuoli, L. 200 — Migliacci Francesco, Forio, L. 200 — Fontana Benedetto, Frattamaggiore, L. 200 — Pirozzi Antonio, Marano, L. 200.

45. Provincia di *Potenza*: Dottori: Messuti Gaetano, Latronico, L. 300 — Raeli Biagio, Laurenzana, L. 150 — De Petrocellis Giuseppe, Missanello, L. 150.

CONCORSI.

BRENDOLA (*Vicenza*). — Scad. 5 agosto. L. 13,600 complessive, oltre c.-v. e alloggio. Chiedere avviso.

CARRARA. — Concorso a medico supplente. Stipendio ed indennità L. 11,000. Residenza in città. Diritto di occupare il primo posto di condotta che si facesse vacante. Età non superiore ai 39 anni. Scad. 15 agosto.

CASTELLAZZARA (*Grosseto*). — Per Selvena. L. 7000 e sessenni decimo; L. 2100 cavalc. In corso d'approvaz.: aumento stip. a L. 10,000, quinquenni, cavalc. a carico del Comune. Scad. ore 18 del 16 agosto.

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). — Condotta residenz. per Pozzuolo, Petrignano, Gioiella e Vaiano; L. 6000 oltre L. 3000 trasp. e le indenn. c.-v. Scad. 15 agosto.

LATISANA (*Udine*). — II reparto; L. 6000, due c.-v.; L. 4000 trasp.; L. 800 indennità malaria; L. 600 per alloggio. Scad. 5 agosto.

MIGLIERINA (*Arezzo*). — Poveri, L. 4000 e 5 quadrienni del decimo, addizionale L. 10 per ogni famiglia in più delle 300; uff. san. L. 500. Scad. 20 agosto.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Quattro medici primari e due chirurghi primari; L. 7000 e condizioni dell'organico e dei regolamenti; età massima 46. Documenti al Protocollo del Consiglio, via Ospedale 5, entro il 6 e il 16 agosto rispettivamente.

MONTEGABBIONE (*Perugia*). — Cond. principale; L. 6000 fino a 1000 pov., addizion. L. 3, indennità residenza e servizio disagiati L. 2000, per condotta povera L. 1000, per uff. san. L. 300, due caro-viv. Per mese congedo L. 1000. Quinquenni, aspettative. Serv. entro 20 giorni. Scad. 6 agosto.

MONTE SAN SAVINO (*Arezzo*). — Due condotte residenziali; a tutto il 16 ag.; L. 9000 e 2 c.-v.; 4 quadrienni del decimo; mezzo trasp. a carico del Comune. Servizio entro 15 g. Alla 2ª condotta è annessa la direz. dell'Ospedale Santa Maria della Pace.

MULAZZO (*Massa-Carrara*). — 1ª Cond.; L. 6000 oltre L. 1600 trasp., due c.-v., 4 quinquenni dec. Pei non pov. 1ª visita L. 3, successive L. 2, d'urgenza L. 4, di notte L. 5, operaz. picc. chirurg. L. 10. Scad. 15 agosto.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assistente effettivo per i Reparti dei Tubercolosi; L. 5000 e 4 bienni del decimo, c.-v.; stanza d'abitaz. con obbligo di pernottarvi. Scad. ore 17 del 15 agosto. Funzioni entro 10 giorni.

PITIGLIANO (*Grosseto*). — L. 7000 che l'Ammin. Comunale si propone di elevare a L. 9000, e L. 3 per ogni povero oltre 1000; indennità c.-v. D. L. 9 marzo 1919 e seconda indennità di L. 100 mensili. Scad. 16 agosto.

PORTO TOLLE (*Rovigo*). — II e IV Reparto; lire 6000 e indennità e compensi varii. Chiedere annunzio. Scad. 10 agosto.

PROCENO (*Roma*). — Proroga al 5 agosto. L. 7000 per 1500 pov., due c.-v., L. 4000 per cavalc., 5 quadrienni decimo, L. 500 disagiata resid., L. 300 per uff. san., L. 200 per arm. farm.

SAN PAOLO CERVA (*Novara*). — Consorzio. Al 10 agosto. Condizioni concordate.

SELCI SABINO (*Perugia*). — A tutto 15 agosto; L. 6000 residenziali, 3 quinquenni decimo; caroviv., L. 1200 disag. resid.; mezzi trasp. a carico Comune. Accettaz. entro 8 giorni, servizio entro i 15 giorni successivi.

SERIATE (*Bergamo*). — Consorzio con Albano S. Alessandro, Pedrengo e Torre de' Roveri. Con provvedimento 4 luglio della R. Prefettura di Bergamo l'avviso di concorso 9 giugno 1921 al posto di medico in condotta residenziale venne reso nullo e di nessun effetto. Sistemato il Capitolato di servizio e formato l'elenco dei poveri il concorso stesso sarà riaperto.

SERRASANQUIRICO (*Ancona*). — III Reparto; L. 11 mila e due c.-v., L. 2400 per cavalc., L. 300 per arm. farm., 10 bienni del decimo. Scad. 10 agosto.

SULMONA (*Aquila*). — *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; L. 3500 lorde. Scad. 31 agosto. Servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina. Chiedere annunzio e disposizioni del regolamento alla Segreteria della Casa Santa dell'Annunziata in Sulmona.

TORNOLO (*Parma*). — II Reparto; L. 6500, c.-v. e L. 150 mensili, L. 2000 per cavalc., aumentate temporaneamente del 60 %. Scad. 10 agosto.

TRIESTE. *Municipio.* — A tutto 31 agosto tre posti di medici capi-reparto dell'Ufficio d'igiene. Stipendio fondamentale L. 12,000; sussidio alloggio L. 1200; aggiunta di funzione non inferiore a lire 3000 e non superiore a L. 6000, da fissarsi dopo la nomina; indennità caro-viv. (per celibi lire 1980, per ammogliati L. 2710.25, più cent. 85 al dì per ogni persona a carico contemplate dalla legge). Un quadriennio di carriera di L. 1800 e due di L. 1500. Qualora i vincitori del concorso avessero servito già per un lungo periodo di tempo presso un Ufficio municipale d'igiene o altro dicastero analogo, potranno venir loro assegnate già all'atto della nomina una o due delle aggiunte di carriera sopra indicate. Tutti gli emolumenti per ora al netto. Età massima 40 anni. Documenti soliti. Certificato dell'esame di fisicato prescritto dall'ordinanza ministeriale 21 marzo 1873

B. L. 1, N. 37, oppure altri documenti comprovanti le cognizioni ed attitudini necessarie a coprire un posto di medico igienista, rispettivamente di ufficiale sanitario a norma dei vigenti regolamenti.

TRIPOLI. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele III.* — Direttore; L. 8000 aumentabili, L. 4000 indenn. residenza, L. 3000 carica, c.-v.; età limite 50; escluso esercizio profess. Assistente di chirurgia; lire 4000 aumentab.; L. 3000 residenza, c.-v.; età limite 40. Nomine biennali. Scad. 1 settembre.

Diffide.

Nuove diffide: Carignano (Torino), Saltara e Mercantino Marrecchio (Pesaro-Urbino), Pienza (Siena), Riolunato (Modena), Alessandria (per Castelferro), Vogogna-Rumianca e Premosello (Novara), Locatella-Corna-Fuipiano-Imagna e Seriate-Albano-Pedrengo-Torre de' Roveri (Bergamo), Ostravetere (Ancona), Loro Ciuffenna e Castiglion Fiorentino (Arezzo).

Revoca di diffide: S. Paolo Quittengo (Novara), Pian di Borno e Garzone (Brescia), Besnate Veduggio (Milano).

Concorso per titoli a 68 posti di medico di riparto delle Ferrovie dello Stato.

È aperto un concorso per titoli a 68 posti di medico di riparto delle Ferrovie dello Stato per i riparti sottoindicati: Asti III, residenza ad Asti e retribuzione annua di L. 220 — Asti IV, resid. Asti e retrib. L. 240 — Bagnolo Piemonte, resid. Bagnolo Piemonte — Baldichieri, resid. Baldichieri o San Damiano d'Asti — Bardonecchia, resid. Bardonecchia e retrib. L. 440 — Bistagno, resid. Bistagno — Brà I, resid. Brà e retrib. L. 400 — Brà III, resid. Brà e retrib. L. 100 — Cassine, resid. Cassine — Cavallermaggiore II, resid. Cavallermaggiore — Ceva II, resid. Ceva e retrib. L. 160 — Châtillon, resid. Châtillon — Cherasco, resid. Cherasco — Chiavari II, resid. Chiavari e retrib. L. 160 — Cureggio, resid. Cureggio — Ferrera Lomellina, resid. Ferrera Erbognone e retrib. L. 60 — Lomello, resid. Lomello e retrib. L. 140 — Mele, resid. Mele — Palestro, resid. Palestro e retrib. L. 80 — Priola, resid. Priola o nella frazione di Pievetta — Robilante, resid. Robilante — Roccagrimalda, resid. Roccagrimalda — Salbertrand, resid. Salbertrand — Sale Langhe, resid. Sale Langhe — Saliceto, resid. Saliceto — Santo Stefano al Mare, resid. Santo Stefano al Mare — Savigliano, resid. Savigliano — Sessant, resid. Sessant — Suno, resid. Suno — Trofarello, resid. Trofarello — Tronzano, resid. Tronzano Vercellese e retribuz. L. 100 — Villastellone, resid. Villastellone o a Carmagnola — Vittuone, resid. a Sedriano o a Vittuone, per i quali la domanda di partecipare al concorso deve essere rivolta all'Ufficio sanitario di Torino.

Bagnolo Mella, resid. Bagnolo Mella — Belluno I, resid. Belluno — Belluno II, resid. Belluno — Bergamo I, resid. Bergamo o a Colognola del Piano, e retrib. L. 200 — Bergamo III, resid. Bergamo e retrib. L. 220 — Calcio, resid. Calcio o a Cividate al Piano — Caldiero, resid. Caldiero o a San Bonifacio e retrib. L. 200 — Casteggio, resid. Casteggio — Castelletto Sopra Ticino, resid. Castelletto Sopra Ticino — Cesio, resid. Cesio Maggiore o a Lentiai — Cornuda, resid. Cornuda — Cremona III, resid. Cremona e retrib. L. 460 — Dolcè, resid. Dolcè o nella frazione di Ceraino — Feltre, resid. Feltre — Ispra, resid. Ispra — Longarone Zoldo, resid. Longarone — Luino I, resid. Luino o a Germignaga e retrib. L. 310 — Maggianico, resid. Maggianico — Oderzo, resid. Oderzo — Osoppo, resid. Osoppo o a Majano — Ospitale, resid. Ospitale o a Castellavazio — Perarolo, resid. Perarolo — Peri, resid. Peri (frazione di Dolcè) — Pianzano, resid. Godega di Sant'Urbano o a San Vendemiano — Ponte San Pietro Locate, resid. Ponte San Pietro — Pordenone I, resid. a Pordenone — Quero Vas, resid. Quero o a Vas — Riva di Trento, resid. Riva di Trento — San Giorgio in Salici, resid. San Giorgio in Salici (frazione di Sona) — San Zeno Folzano, resid. San Zeno Naviglio — Spilimbergo I, resid. Spilimbergo — Spilimbergo II, resid. Spilimbergo — Susegana, resid. Susegana — Villa del Conte, resid. Villa del Conte — Vogogna, resid. Vogogna, per i quali la domanda di partecipare al concorso deve essere rivolta all'Ufficio sanitario di Milano.

La domanda dovrà pervenire alle Sezioni sanitarie su indicate non più tardi delle ore 17 del 15 agosto 1921; dovrà essere redatta su carta da bollo da lire 2, e dovrà essere corredata dei documenti di cui appresso: *a*) certificato di nascita; *b*) certificato di cittadinanza italiana, per nascita o per naturalizzazione, rilasciato dal Sindaco del Comune di Roma; *c*) certificato penale in data non anteriore al 1° giugno 1921, rilasciato dal Tribunale competente; *d*) certificato di buona condotta, in data non anteriore al 1° giugno 1921, rilasciato dal Sindaco del Comune in cui il concorrente ha la sua residenza; *e*) dichiarazione in carta da bollo da L. 2, con la quale il concorrente, che già non vi dimori, si impegni, se nominato, a trasferirsi stabilmente, entro due mesi dalla ricevuta comunicazione di nomina, nella località indicata come residenza del medico di riparto; *f*) diploma di laurea in medicina e chirurgia ottenuto nel Regno; *g*) certificati, e tutti quei titoli che il concorrente, nel suo interesse, creda di presentare.

Per le altre condizioni vedi annunzio precedente. Notizie dettagliate e modulo della domanda nella *Gazzetta Ufficiale* del 28 giugno o del 14 luglio.

Avviso di concorso a borsa di studio.

La Fondazione perpetua di Venezia presso l'Istituto degli Orfani dei Sanitari Italiani in Perugia apre il concorso per una borsa di studio per corso universitario od equipollente per un orfano od orfana di medico, veterinario o farmacista che abbia esercitato la sua professione nella città o provincia di Venezia.

Il concorso si chiuderà improrogabilmente il 31 agosto p. v., e l'assegnazione verrà fatta entro il 15 settembre.

I concorrenti dovranno inviare la domanda al dott. Guido Ancona, consigliere del Collegio (S. Felice 3707, Venezia), al quale si potrà pure rivolgersi per schiarimenti.

Le domande, nelle quali sarà indicata la carriera scelta dall'aspirante, dovranno essere corredate: dal certificato di morte del padre; dal certificato degli studi compiuti con i punti riportati; dal certificato di condizioni economiche disagiate corredato da dichiarazione dell'Agente delle Imposte che dimostri la nullatenenza; inoltre dagli altri documenti di rito.

Premio per laureandi.

Il Comitato esecutivo dell'ultimo Congresso di Medicina ferroviaria, tenutosi a Milano lo scorso anno, rilevando dal Resoconto finanziario una rimanenza attiva di L. 1200, ha stabilito di devolvere tale somma come premio da conferirsi alla migliore tesi di laurea in medicina che sarà discussa nel 1922 da un laureando, figlio di medico ferroviario, in una delle Università del Regno.

Il premio sarà aggiudicato da apposita Commissione, nominata dalla Facoltà di medicina di Pavia, alla quale dovranno essere presentate le tesi concorrenti entro il mese di luglio dell'anno prossimo.

Concorsi a premio

Concorso al premio Riberi.

Saranno aggiudicati due premi di L. 1000 ciascuno alle migliori delle memorie redatte da Ufficiali medici del R. Esercito e della R. Marina sui temi seguenti:

1. Insegnamento della recente guerra sul trattamento delle ferite osteo-articolari in primo tempo (profilassi contro le infezioni) ed in secondo tempo. Organizzazione del servizio di ospedalizzazione e di sgombero di tali feriti;
2. Le vaccinazioni profilattiche nelle truppe combattenti in rapporto all'esperienza dell'ultima guerra.

Potranno concorrere gli ufficiali medici del R. Esercito e della R. Marina in servizio attivo permanente, in aspettativa, in posizione di servizio ausiliario, gli ufficiali medici di riserva provenienti dal servizio attivo, e tutti gli ufficiali medici non più iscritti nei ruoli, purchè provenienti dal servizio attivo.

Ciascuna memoria dovrà essere contrassegnata da un motto, il quale verrà ripetuto in una scheda suggellata, contenente il cognome, il nome, il grado ed il luogo di residenza dell'Autore.

L'estremo limite di tempo stabilito per la consegna delle memorie alla Direzione centrale del servizio sanitario militare è il 31 luglio 1922; quelle che pervenissero in tempo posteriore saranno considerate come non ricevute.

Per l'annunzio integrale o per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla Direzione generale del servizio sanitario militare presso il Ministero della Guerra.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Giovanni Orsi, incaricato d'igiene presso l'Università di Napoli, ha vinto il concorso a Direttore del Laboratorio Medico Micrografico Municipale di questa città.

La Commissione giudicatrice del concorso al posto di Direttore del Sanatorio di Lanzo Torinese, uno dei grandi nuovi Istituti permanenti fondati dalla Croce Rossa Italiana, ha stabilito la seguente graduatoria entro la quale deve cadere la nomina del Direttore: 1) Campani prof. Arturo; 2) Fici prof. Vincenzo e Roatta dott. G. B. *ex equo*; 3) Parodi dott. Felice.

ORDINE DEI SS. MAURIZIO E LAZZARO.

Cavaliere: prof. Antonio Paladino, medico provinciale a Palermo.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: prof. Giacinto Quarta, Roma (rallegramenti); dott. E. De Lutiis, Castellammare di Stabia.

NOTIZIE DIVERSE.

Onoranze al prof. Perroncito.

Il prof. Aldo Perroncito, per avere raggiunto i limiti d'età, dovrà l'anno prossimo lasciare l'insegnamento da lui impartito per un cinquantennio con tanto lustro e decoro nell'Università e nella Scuola Veterinaria di Torino. Nell'occasione verranno tributate degne onoranze al valoroso scienziato. L'iniziativa di esse fu presa dai suoi assistenti ed ex-assistenti, a cura dei quali è costituito un Comitato provvisorio, di cui fu offerta la presidenza al prof. Ferruccio Faelli, il più anziano dei professori delle scuole di veterinaria che rimarranno in carica.

VI Congresso Internazionale di Fisioterapia.

Si terrà a Madrid nel maggio 1922; ne sarà presidente il prof. Calatayud Costa, di elettrologia e radiologia mediche, ne sarà segretario generale il prof. Bartrina, di meccano-terapia.

Verrà prossimamente costituita la Commissione organizzatrice, che fisserà il programma dei lavori.

La settimana psichiatrica di Parigi.

Nell'ultima settimana di maggio si adunarono a Parigi varie Società e Associazioni che hanno per scopo lo studio delle malattie mentali, la profilassi sociale della pazzia, la tutela degli interessi materiali degli alienisti, ecc.

Il prossimo Congresso francese di psichiatria sarà consacrato in parte a commemorare il terzo centenario di François Bayle, nato nel 1622.

Premio Infroit.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha ricevuto una donazione dalla vedova del marchese Visconti-Venosta, per fondare un premio triennale di 3000 franchi, in memoria del compianto radiologo Infroit, vittima del dovere professionale

A. D. R. M.

L'« Association pour le Développement des Relations Médicales entre Pays Alliés », costituitasi a Parigi, si propone come scopo primordiale « d'assurer par le monde à la science médicale française le rayonnement auquel elle a droit » e tende a raggiungere questo scopo attirando in Francia medici e studenti stranieri, ricevendoli cordialmente e guidandoli nei laboratorî e nelle cliniche, organizzando per essi corsi speciali accelerati, facendo loro conoscere le Facoltà mediche di provincia e le stazioni termali. Si propone ancora di inviare all'estero missioni di studio e di insegnamento, diffondere all'estero i periodici francesi e far riprodurre sulle riviste straniere il maggior numero possibile di lavori francesi.

L'Associazione è presieduta da Hartmann e ha sede nella Facoltà di Medicina; i soci pagano una quota di fr. 50-100.

Sotto gli auspicî dell'A. D. R. M. è già stato attirato in Francia un gruppo di studenti scozzesi.

Pro spagnuoli all' Università di Amburgo.

I professori dell'Università di Amburgo, nell'intenzione di facilitare ai medici stranieri, e specialmente agli spagnuoli, gli studi di perfezionamento, hanno deciso di offrire loro ospitalità gratuita nei grandi ospedali e negli istituti d'igiene.

Se gli ospiti supereranno il numero di quindici, verrà costituita una clinica speciale per medici spagnuoli.

Le più ampie informazioni verranno fornite dal « Deutsche Korrespondenzbüro für ausländische Universitäts- und Studenten- Angebegenheiten Universität, Paulinum IV, Leipzig ».

Escursione di medici spagnuoli in Germania.

La rivista spagnuola « La Especialidad Práctica », pubblicata a Saragozza (Montera 2) sotto la direzione del dott. Algora, ha organizzato una escursione di medici spagnuoli in Germania; l'escursione ha luogo durante l'estate.

La Festa del fiore a Madrid.

La festa del fiore pro giornata antitubercolare ha fruttato, quest'anno, a Madrid, 136,694.81 pesetas, cui sono da aggiungerne altre 141,446 versate alla tesoriera del *Reale Dispensario Vittorio Eugenio*, contessa Heredia Spinola, il che fa un totale di 278,140.82 pes.

Detratte le spese incontrate, in 8,947.15 pes., resta un introito netto di 269,193.67 pes. Nella lista dei donatori figurano i marchesi de Aldama per 100,000 pes. Il tiro al piccione ha fruttato 20,000 pesetas.

L'anno scorso furono introitate in cifra tonda 175,000 pes.; quest'anno segna, dunque, un incremento di oltre 100,000 pes.

Tassa volontaria pro ospedale.

L'Amministrazione dell'Ospedale Civile di Albano (Roma) ha rivolto agli Enti locali ed alle famiglie più cospicue un caloroso appello perchè col loro spontaneo concorso venisse sistemato il precario funzionamento economico del nosocomio. Numerose ditte e famiglie hanno aderito quotandosi per una somma annua (che non può essere inferiore a 12 lire) sotto forma di *tassa volontaria*, esigibile dalla Tesoreria comunale.

La Lega per l' igiene mentale in Francia.

La « Ligue d'Hygiène mentale » ha tenuto la sua assemblea generale a Parigi il 23 giugno u. s., presso la Prefettura della Senna. Dopo un'allocuzione del presidente, dott. Toulouse, il segretario dott. Gessil-Perrin ha tracciato la rapida evoluzione del gruppo, che possiede ormai delle ramificazioni all'Estero e coopera con il Comitato americano d'igiene mentale all'organizzazione internazionale della lotta contro la pazzia.

Il consigliere giuridico Vorolet presentò un progetto di modificazione degli statuti, in vista di ottenere il riconoscimento della pubblica utilità. Il dott. Cazeneuve, ex-senatore del Rodano, attirò l'attenzione sul pericolo della cocainomania, importata dalla Germania e contro cui la Lega deve lottare, unendo i suoi sforzi a quelli dell'Accademia di Medicina.

L' igiene con l'esempio.

È stata istituita in Francia una Società « L'Hygiène par l'exemple » collegata al Touring Club e alla Società di Medicina pubblica; si propone di agire sui fanciulli con esecuzione di pratiche igieniche effettuate quotidianamente, così da renderle abitudini.

Pulizia del corpo con lavabo e materiale di decenza individuale e numerato vicino alla scuola; doccie da farsi almeno una volta la settimana in apposite sale; pulizia dei vestiti; pulizia del locale con lavatura e lucidatura dei pavimenti e imbiancatura dei muri con la calce o lavatura con acqua se lavabili e spolveratura delle carte murali. La sorveglianza sarà fatta da quattro allievi eletti dai compagni. Nelle cucine i fanciulli potranno apprendere norme di economia domestica. Un corpo di visitatrici a domicilio darà consigli e suggerimenti.

Conferenze di propaganda.

Il prof. R. Cassanello di Spezia, primario chirurgo all'Ospedale, ha tenuto presso l'Università popolare di questa città un ciclo di conferenze sulla patologia ed igiene professionale.

Dentista abusivo.

Il giudice della pretura di Pontedera, avv. Zappelli, ha condannato, per esercizio abusivo dell'odontoiatria, il frate Angelo Losi a mille lire di multa, più le spese processuali.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

The Practitioner, luglio. — F. G. CHAUDELER. Il significato dell'albuminuria. — I. HARRIS. Contrasti tra la vecchia e la nuova cardiologia. — J. TADIE. Trattamento delle emorroidi senza operazione.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 30 giugno. — H. V. HOENLIN. Rapporti tra la cute, le sue produzioni e la costituzione. — B. NOCHT. Il trattamento della malaria.

The Lancet, 2 luglio. — C. W. GORDON BRYAN. Le ferite del diaframma. — C. M. WILSON. Il corpo clinico.

Revista Española de Medicina y Cirugia, giugno. — G. M. VILAPLANA. La sismochinesiterapia in ginecologia.

L'Encéphale, giugno. — E. FLATAU e N. ZILBERLAST-ZAND. La reazione delle meningi alla tubercolosi. — E. MINKOWSKI. La schizofrenia e la nozione di malattia mentale.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 30 giugno. — G. CAUSSADE, E. DOUMER, J. COMBY. Sulla tifo-bacillosi di Landouzy. — E. ENRIQUEZ e G. DURAND. Linite totale a regressione spontanea. — O. CROUZON e MARCERON. Compito eziologico dell'influenza in alcune forme croniche di tubercolosi polmonare.

Bulletin de l'Académie de Médecine, 21 giugno. — L. RÉNON e A. BLAMONTIER. Le ulcerazioni del tenue nel cancro del retto. — COURTOIS-SUFFIT e R. GIROUX. Il traffico della cocaina.

Zeitschrift für Tuberkulose, giugno. — F. ICHERT. — La difesa dell'infanzia contro il contagio tubercolare.

Wiener Klinische Wochenschrift, 23 giugno. — E. KUTSCHA-LITSBERG. Trattamento dell'epilessia con l'estirpazione di una capsula surrenale secondo Brüning.

Gazette des Hôpitaux, 2 luglio. — L. IMBERT e J. CATTALORDA. Sacralizzazione dolorosa della V vertebra lombare.

Quaderni di Psichiatria, maggio-giugno. — G. MUGGIA. Per la lotta contro il gozzo endemico.

Journal des Praticiens, 2 luglio. — VALLERY-RADOT. Gli asmi anafilattici. — A. ROBIN. Trattamento idrominerale dei reumatismi cronici.

La Pediatria, 1 giugno. — F. PENTIMALLI. Studi sull'intossicazione proteica (IV).

International Journal of Gastro-Enterology, luglio. — A. L. SORESI. Il trattamento fisiologico radicale del cancro dello stomaco. — E. J. CAREY. Anatomia e azione muscolare del tenue. — M. PONZIO. La radiodiagnosi delle malattie gastriche al controllo operativo.

La Presse Médicale, 2 luglio. — E. VASILIN. Meningite spinale da cisticerchi.

Rivista Ospedaliera, 15-30 maggio. — E. PIRONDINI. Il più semplice metodo di esame della funzione renale.

Archivio Italiano di Chirurgia, giugno. — L. TORRACA. Influenza dell'irradiazione solare in alta montagna sul processo di guarigione delle ferite. — E. A. DELFINO. Tentativi d'immunizzazione nelle broncopolmoniti da aspirazione. — E. SORGE. Rigenerazione delle cartilagini costali.

Annali d'Igiene, maggio. — M. PERGOLA. Valore dell'arbutina nell'identificazione dei vibrioni. — G. RIGOBELLO. Colorazione del bacillo tubercolare. — N. PIETRAVALLE. Nuovo metodo di preparazione dell'oro colloidale per la reazione di Lange. — M. GIOSEFFI. Approvvigionamento idrico in Istria. — A. SCALA. Comportamento di alcuni miscugli di sali nella gelatina.

Il Lavoro, 30 giugno. — L. DEVOTO. Malattie ed infortuni in rapporto ad affaticamento.

Medical Record, 25 giugno. — W. BROWNING. Il centro morale nel cervello: sua localizzazione e suo significato.

New York State Journal of Medicine, giugno. — L. F. BARKER. L'avvenire della medicina in America.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXVIII Roma, 8 Agosto 1921 Fasc. 32

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE PREVENTIVE.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
(Direttore incaricato prof. LUZZATTI)

Tubercolosi e sintomo di Chvostek nei bambini.

Nota preventiva del dott. R. POLLITZER, assistente volontario nella Clinica ed assistente effettivo negli Ospedali Civili.

La ricerca sistematica del sintomo di Chvostek nei bambini mi ha reso possibile delle osservazioni, che credo interessante riferire per l'importanza pratica che possono arrecare alla diagnosi delle lesioni tubercolari.

Il sintomo di Chvostek è importante nei lattanti come segno di tetania latente; in quest'età esso è meno precoce e meno frequente dell'ipereccitabilità galvanica. Nei bambini più grandi, come nell'adulto, esso va interpretato come segno di tetania soltanto quando sia molto vivace e diffuso. Herbst, su 300 bambini, trovò il fenomeno di Chvostek 5 volte più frequente fra l'8° e il 14° anno che nelle altre età. Il segno di Chvostek isolato (non accompagnato dagli altri sintomi di spasmofilia) è rarissimo nel lattante; è più frequente negli scolari, specialmente fra quelli nevropatici. Mentre Sperck ammette in questi casi un rapporto fra nervosismo e spasmofilia, Tiemich pensa che anche nei bambini più grandi il segno di Chvostek isolato sia un sintomo di latenza d'una spasmofilia che data fin dai primi anni. Nei bambini spasmofili è frequente l'abito linfatico: cute pallida, un po' tumida, pannicolo adiposo abbondante e flaccido, tendenza alle adenopatie croniche,

agli eczemi, ad altre dermopatie. Molto frequente è nei bambini spasmofili il rachitismo. Oliari, su 1500 bambini rachitici, trovò il 18,4 per cento affetti da spasmofilia, su 337 spasmofili trovò il 78,3 % affetti da rachitismo.

Il sintomo di Chvostek si osserva quindi in proporzione del 78,3 % accompagnato a rachitismo, del 18,4 % in bambini non rachitici. Scopo della presente comunicazione è di far rilevare la frequente presenza di focolai di tubercolosi in questi bambini non rachitici che presentano il sintomo di Chvostek.

Il sintomo di Chvostek nei bambini non rachitici assume così un'importanza diagnostica; la constatazione di esso deve far pensare alla possibilità dell'infezione tubercolare (polmonare, articolare, peritoneale, ecc.). Nei casi da me osservati, alcune volte la diagnosi di tubercolosi era facile; altre volte essa fu possibile solo ricorrendo ai mezzi ausiliari, ciò che forse non avrei fatto se la presenza del sintomo di Chvostek, non accompagnata ad alcun segno di rachitismo, non mi avesse orientato verso un fondato sospetto. La presenza del sintomo di Chvostek in bambini non rachitici, che mi venivano portati per deperimento, tosse, febbre serotina, mi induceva a fare a tutti costoro la radioscopia del torace; potei così constatare in tutti i casi di tal genere la presenza di un processo specifico a carico del polmone o delle glandole ilari, sfuggito alla percussione e all'ascoltazione.

Erano tutti bambini dell'età di 6-8 anni. Il sintomo di Chvostek era talvolta tipico, altre volte meno manifesto, localizzato ad una sola branca del facciale, spesso provocabile nella sola metà destra o metà sinistra del viso. Talvolta si riusciva a provocare soltanto una rapida contrazione fibrillare nella regione della radice del naso o della commissura interna delle palpebre; una certa pratica permette di riconoscere con sicurezza queste contrazioni fibrillari (di solito limitate ad una sola parte del viso), che mai si osservano nei bambini normali o affetti da malattie acute banali.

Questi bambini non sono e non furono dei rachitici. Sono in corso delle ricerche sulla costituzione morfologica dei bambini rachitici e di quelli tubercolosi, che dimostreranno ciò anche più chiaramente; per ora dirò soltanto, che le note morfologiche più caratteristiche, che distinguono nel gruppo dei bambini che presentano il sintomo di Chvostek, i rachitici dai tubercolosi, si osservano nei seguenti due rapporti: 1) rapporto del diametro antero-posteriore al diametro trasverso del torace. Nei bambini tubercolosi con sintomo di Chvostek osservai nel 70 % l'eccedenza del diametro antero-posteriore, nel 30 % un rapporto normale; nei rachitici con sintomo di Chvostek, nel 60 % l'eccedenza del diametro trasverso, nel 20 % quella del diametro antero-posteriore, nel 20 % un rapporto normale; 2) rapporto dell'arto inferiore alla distanza giugulo-pubica. Nei tubercolosi con sintomo di Chvostek, nel 60 % eccedenza dell'arto inferiore, nel 10 % della giugulo-pubica, nel 30 % rapporto normale. Nei rachitici con sintomo di Chvostek, nel 70 % eccedenza della giugulo-pubica, nel 30 % un rapporto normale. (N. B. — Riferisco queste percentuali a scopo di orientamento. Il numero dei casi studiati non è abbastanza grande per dare ad esse un valore assoluto).

È adunque necessario pensare alla tubercolosi ogniqualvolta si riscontri il sintomo di Chvostek in un bambino, che per la conformazione toracica e per la lunghezza dell'arto inferiore sembri un longitipo piuttosto che un brachitipo.

Come spiegare questa frequente associazione del sintomo di Chvostek colla tubercolosi? Per ora sono possibili soltanto delle ipotesi:

1. Tubercolosi e sintomo di Chvostek si osservano spesso associati, ma non hanno alcun rapporto reciproco;

2. Esiste un rapporto indiretto tra la tubercolosi e il sintomo di Chvostek. La tubercolosi produce nell'organismo delle alterazioni, le quali a loro volta sono la causa dell'ipereccitabilità meccanica nerveo-muscolare:

a) la denutrizione e l'astenia. Però non esiste alcun rapporto tra il grado di denutrizione e la presenza del sintomo di Chvostek nei bambini tubercolosi;

b) la demineralizzazione dei tubercolosi. L'impoverimento in sali, specialmente di calcio, potrebbe essere la causa più importante dell'ipereccitabilità nerveo-muscolare; così come si è pensato ne sia la causa nel rachitismo.

3. C'è un rapporto diretto fra tubercolosi e sintomo di Chvostek, che potrebbe essere la conseguenza dell'intossicazione specifica. L'intossicazione potrebbe poi essere una causa di alterazioni funzionali delle paratiroidi, il cui nesso con la spasmofilia è ormai sicuramente dimostrato. Il nesso causale del segno di Chvostek e intossicazione è talvolta chiaro: p. es., quando il segno compare nella convalescenza di malattie infettive acute a decorso grave (p. es., difterite, nella quale spesso preludia a fatti tossici più gravi, alla paralisi; tetania postinfluenzale, ecc.). Nei bambini rachitici la frequente presenza del sintomo di Chvostek si potrebbe attribuire a quegli stessi

rincipii tossici, che agendo sulle cartilagini anno determinato la malattia scheletrica.

Quest'ultima ipotesi apre la domanda, se ol- e la tubercolosi anche altre malattie che de- rminino uno stato d'intossicazione cronica ifilide, malaria, nefrite, ecc.) possano provo- are la comparsa del sintomo di Chvostek. Sa- anno interessanti delle ricerche in proposito; risultati non saranno però così convincenti ome nel caso dell'infezione tubercolare, nel- quale esistono delle particolarità morfolo- che che permettono di escludere con molta obabilità un passato rachitismo.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO
SEZIONE MEDICA diretta dal prof. ZUCCÒLA.

Crisi leucemoide in malarico

pel dott. IGINIO BERSANI, assistente.

Ho creduto non disutile l'illustrazione del esente caso, interpretabile come una leuce- ia acuta, pur senza averne complete le note ratteristiche, per l'occasione che ci offre di alche rilievo di una certa importanza.

A parte il fatto che in tema di leucemia gli tori si sono contesi il campo colle interpre- zioni più svariate, sia per la genesi degli ele- enti ematici, che per la loro stessa nomen- tura e significato, sembra oggi prevalere concetto di distinguere una leucemia acu- sima a tipo emocitoblastico, o indifferen- to, una acuta a tipo mieloblastico o linfo- astico, una subacuta a tipo cellulare misto; modo che, data la definizione, per far rien- re in una piuttosto che in un'altra forma quadro leucemico, occorrerebbe oltre che sindrome clinica la speciale particolarità reperto ematico. Ma che esistano forme ste lo dimostrerebbe il caso che segue:

R. C., d'anni 22, soldato. Viene ricoverato rgenza in sezione, in preda a grave col- so; colpiscono l'attenzione nostra l'aspetto ferente dell'ammalato, il grave pallore del to, il respiro superficiale, il polso frequen- simo, impercettibile da non potersi contare. lle prime notizie che si possono raccoglie- risulta che il paziente, soldato nel X fan- ia, ha da due giorni febbre violenta. Nes- na tara gentilizia, nessuna malattia degna nota nell'anamnesi remota.

Nel 1919, in Anatolia, contrasse malaria. ltimo accesso risalirebbe a 7 mesi dal gior- in cui il p. viene a noi: riferisce che, al- fuori di quelli sofferti nel passato, è sem- stato bene, che l'inizio dei disturbi è stato provviso, e che la febbre fu preceduta da vidi. Ha avuto ripetuti vomiti biliari che ripetono durante la sua degenza all'Ospe- dale. Del resto nessuna altra sofferenza è av- vertita, fuorchè una cefalea intensa.

Esame obiettivo. — T. 40°2, polso (contato sul cuore) 160.

Costituzione regolare, stato di nutrizione di- screto. Il colorito della cute e delle mucose è pallidissimo, d'un colore tra il cereo ed il cianotico. Non esantemi, non emorragie. Nulla in faringe.

App. resp. normale, salvo una dispnea po- lipnoica intensa. App. cardio-vasc: Cuore in limiti non ben precisabili, toni frequentissimi, impuri, deboli. Polso filiforme, vuoto. Addome trattabile indolente.

Milza: marg. sup. al bordo sup. dell'8ª co- sta, margine ant. all'ascellare ant.; il margine infer. si palpa due dita al di sotto dell'arco costale, arrotondato di consistenza superiore alla norma.

Fegato, in limiti.

Modica tumefazione delle ghiandole del col- lo e degli inguini.

Riflessi normali, non contratture, non pa- resi.

Urina scarsa con tracce di albumina.

Esame del sangue. — L'esame microscopico dei preparati ottenuti per striscio e colorati secondo May-Grünwald Giemsa, eseguito per stabilire l'eventuale presenza di plasmodi ma- larici, mette in rilievo leggere modificazioni dei globuli rossi (modica anisocitosi, ipocro- mia); al contrario, più profonde modificazio- ni a carico della serie bianca, che meglio di qualsiasi descrizione appaiono dall'esame del- la formola leucocitaria:

Emocitoblasti 16 %; Cellule Rieder 5 %.
Mieloblasti 12 %; Linfoblasti 11 %.
Mielociti neutrof. 5 %; Prolinfociti 1 %.
Metamielociti 11 %; Linfociti 23 %.
Polinucleati polim. 16 %.

Dato il reperto ematologico si stabilisce la diagnosi generica di leucemia.

Tutti i mezzi terapeutici esperiti per salva- re il paziente riescono vani; egli soccombe dopo poche ore di degenza in ospedale.

Al tavolo anat. (necroscop. parziale dopo 6 ore) si riscontra: leggero aumento del liqui- do pericardico, che è limpido; qualche emor- ragia puntiforme sul pericardio viscerale.

Milza uniformemente ingrossata (diam. mass. 19 cm., diam. min. 11 cm., peso 750 gr.), di colore grigio roseo; la capsula è tesa. Al taglio spiccano sul parenchima i follicoli mal- pighiani ipertrofici, tanto che ad un esame af- frettato si ha quasi l'impressione del reperto di una milza in tubercolosi miliariforme.

Fegato anemico, torbido; tumefazione tor- bida dei reni. Linfoghiandole del mesenterio ingrossate, di colore grigiastro omogeneo. Esa- me negativo per tutti gli altri organi.

All'esame dello striscio ottenuto dal succo della polpa splenica, si rinvengono plasmodi malarici in varia fase di sviluppo, comprese le forme semilunari.

Il concetto diagnostico desunto dal semplice reperto ematico veniva in certo qual modo confermato dall'ulteriore esame degli organi ematopoietici.

Difatti gli elementi che costituiscono la pol- pa splenica, non lasciano pensare che questa abbia subito una qualsiasi deviazione dalla

norma. I follicoli sono bensì iperplastici ed ipertrofici, ma dal punto di vista citologico risultano costituiti da cellule linfoidi nelle loro varie fasi di sviluppo: emocitoblasti, linfoblasti, prolinfociti e linfociti. Nelle sezioni microscopiche i cordoni della polpa risultano ricchissimi di eritrociti, i seni venosi ectasici. Si riscontrano abbondanti macrofagociti, spesso con nucleo e protoplasma in via di regressione, contenenti pigmento in granuli ed in blocchi, eritrociti e parassiti in via di frammentazione; inoltre leucociti carichi di pigmento, di residui di eritrociti e di parassiti.

Non altrimenti per il midollo osseo: esso presenta il solito quadro normale colle caratteristiche di un'esaltata funzione; quindi una aumentata proliferazione di tutti gli elementi indifferenziati maturi ed immaturi della serie midollare, emocitoblasti di varia grandezza e sviluppo, promielociti, mielociti, metamielociti, granulociti; al contrario in condizioni pressochè normali numericamente e morfologicamente gli elementi della serie emoglobinica. Per quanto riguarda le ghiandole linfatiche, si riscontra un'attiva proliferazione di tessuto linfoblastico, per cui si ha un'ipertrofia degli elementi cellulari che già normalmente entrano nella costituzione dei follicoli.

Fegato: sostanzialmente la struttura non si presenta alterata. Degli elementi parenchimali molti sono ripieni di pigmento di natura ematica, il protoplasma ha assunto un aspetto omogeneo, in alcuni elementi vacuolizzato, in altri con contorni non bene definiti e tendenza a formare un tutto amorfo, omogeneo; frequenti sono le emorragie parenchimali.

I reni presentano emorragie glomerulari ed interstiziali, gli elementi dei tubuli retti e dei tub. contorti hanno un protoplasma finemente granuloso, con nucleo poco evidente a margini irregolari.

Il reperto ematologico, caratterizzato dalla presenza in circolo di tutti gli elementi della serie bianca (immaturi e nei vari gradi di sviluppo), senza il prevalere di un gruppo, sta a dimostrare come nel mio caso, ad una causa tossica, abbia risposto una reazione generale di tutti gli organi ematopoietici, a seconda delle loro varie attitudini funzionali. Tenuto conto che il paziente era un malarico, recidivante con accessi tipici, che l'inizio dell'episodio terminale aveva tutte le caratteristiche di un nuovo accesso, indubbiamente il caso è di singolare importanza, poichè nella letteratura, almeno per quanto a me risulta, fatto identico non è stato finora descritto, sebbene non siano mancate osservazioni simili, secondarie a processi infettivi, ad intossicazioni o ad avvelenamenti di altra natura (nella scarlattina, Sternberg; nella tubercolosi: Dominici; Ludke; nella sifilide: Pende; nell'uremia: Ricca-Barberis; nell'avvelenamento da essenza di mirbano; Judel, Ruhl, Lecchi, Zuccola, Pollak).

Senonchè nelle forme di leucemia cui corrisponde una produzione di elementi indifferenziati oppure un netto e chiaro orientamento verso la serie granulocitica o linfocitica, il decorso è in relazione al reperto ematico, rispettivamente acutissimo, acuto, o subacuto. Perciò il mio caso sia per la complessità del reperto ematico che per la rapidità di decorso, si discosta dalle linee cliniche ammesse e riconosciute.

Pure la valutazione dei vari elementi ematici ha dato origine a concezioni fra loro opposte. Per esempio, la presenza in circolo di elementi primordiali, forniti di granuli azzurrofili (rinvenuti pure nei miei esami), non toglie a Pappenheim di parlare di leucemia indifferente: Ferrata invece parla di leucemia mieloblastica o mielocitica acuta; perchè ammette alle granulazioni azzurrofili la qualità di far perdere agli emocitoblasti il carattere di cellule indifferenti. Martelli sostiene il concetto di una costituzione mieloide nell'individuo, allo stato potenziale, capace di svilupparsi in condizioni di morbosità; ma di ciò non si può parlare nel caso mio, nel quale, come risulta dai reperti esposti, gli organi linfatici non hanno subito trasformazioni mieloide, ma tutti gli organi emopoietici hanno invece reagito secondo i caratteri genetici ed evolutivi proprii, per quanto riguarda la serie bianca, rispettando invece e lasciando immutata la serie emoglobinica.

Perciò credo si debba per esso parlare di una reazione generale leucemoide.

Seconda la teoria tossi-infettiva, la leucemia acuta sarebbe in fondo una malattia infettiva, caratterizzata dalle maggiori alterazioni a carico dei tessuti emopoietici. Orbene all'infuori del deposito di emosiderina nelle cellule lienali ed epatiche, il reperto anatomo-patologico esposto ha dimostrato null'altro che le note di un processo acuto infettivo, e ciò a conferma della mia ipotesi, che cioè il quadro clinico osservato consista in una reazione tossica leucemoide.

Come agente eziologico dello stesso si può invocare la malaria? Una tale affermazione può parere avventata poichè, sempre per quanto a me risulta, non è stata dimostrata che una non dubbia azione dei plasmodi malarici solo sulla serie emoglobinica; ma nulla nemmeno autorizza ad escludere che per determinate condizioni speciali, o per un *quid novum* innestatosi sul processo malarico preesistente, che a noi non fu possibile rintracciare, data la brevità di osservazione dell'ammalato, possa essersi prodotta una spiccata azione tossicostimolatrice limitatamente alla serie bianca. Nel caso in questione un fatto è indubbio: la presenza di plasmodi malarici in varia fase

di sviluppo nel succo della polpa splenica, unitamente ad un quadro di esaltata funzione leucopoietica; se ad essa si aggiungono la presenza dell'emosiderina nel fegato e nella milza, il grado di anemia, l'anisocitosi, l'ipocromia, la linfocitosi relativa, io credo non si debba pensare ad un casuale, concomitante reperto anatomo-patologico; ma si abbiano invece sufficienti argomenti atti a indiziare abbastanza gravemente, se non come momento eziologico esclusivo, almeno come momento preparatore della reazione leucemoide descritta, la malaria; le tossine malariche, latenti, per una qualsiasi causa (sappiamo come la leucemia possa esplodere anche dopo uno strapazzo, Zuccòla ne descrive un caso) e al nostro a., soldato, la causa accidentale iniziale non sarà certo probabilmente mancata (marcie, istruzioni), avrebbero improvvisamente giocato il ruolo di potenti stimolatori degli organi dell'emopoiesi (serie bianca), che avrebbero reagito, come ho già detto, lasciando all'elemento primitivo tutta la sua funzione citoematogena, rinvenendosi perciò così unite le forme della leucogenesi, a tutti gli stadi, nonchè le cellule da irritazione.

Tralascio ogni discussione sulla eziogenesi della leucemia acuta, essendo unico mio scopo quello di rendere noto la particolarità del reperto in un paziente certamente malarico. Se poi la malaria sia stata la vera ed unica causa determinante il quadro descritto, è certo cosa che deve subire la trafila di una non facile critica discriminatrice.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce il caso di un ammalato affetto da malaria cronica, con accessi tipici, morto in seguito ad uno di questi, nel quale i vari esami hanno dimostrato accanto alla presenza di plasmodi malarici nel sangue e conseguenti alterazioni degli elementi della serie rossa: gravi e profonde alterazioni della serie bianca, caratterizzate dalla presenza in circolo di tutte le forme mature ed immature tanto della serie linfocitica che granulocitica, talchè non prevalendo alcuna di esse ha concluso trattarsi di reazione leucemoide.

Discutendo coll'aiuto del reperto istologico, il quesito se la malaria abbia potuto essere l'unico ed esclusivo momento eziologico della crisi descritta; per il breve periodo in cui fu dato studiare l'a. non avendo potuto raccogliere prove inconfutabili, avanza l'ipotesi che i ripetuti gravi accessi abbiano avuto una non piccola parte predisponente, essendosi ad essa magari sovrapposta una infezione secondaria.

BIBLIOGRAFIA.

Sternberg. Wiener Klin. Woch., 1908-1911, Deutsch. path. Gesellschaft, 1912.
Dominici. Munch. med. Woch., 1911.
Ludke. Kongr. f. inn. Med. Wiesbaden, 1910.
Judel. Dissertation Habilitationschr., Erlangen, 1876.
Pollak. Deutsch. med. Woch., 1910.
Zuccòla. La clinica medica, 1916; Il Policlinico (Sez. Med.), 1918.
Di Guglielmo. *La leucemia acuta.* — Tip. Marino, Napoli, 1920.
Ferrata. *Le emopatie.* — Soc. E. M., 1918.
Martelli. *Le malattie del sangue e degli organi ematopoietici.*
Ricca-Barberis. *Scritti medici in onore di C. Bozzolo.* — Tip. Ed. Tor., 1905.

MEDICINA SOCIALE.

Proposta della visita di revisione a tutto il personale navigante al 45° anno di età

Dott. Golini Oreste, ispettore sanitario con la Società Italiana di Servizi Marittimi.

Esiste una grave lacuna, d'indole sanitaria, nelle disposizioni che regolano la nostra Marina Mercantile, della quale, da tempo, se ne risente il disagio e gli inconvenienti e della quale, agli Enti Dirigenti o è sfuggita l'importanza o sulla quale, a quanto mi risulta, non è stata richiamata abbastanza l'attenzione. Parlo della mancanza di una tassativa e indispensabile disposizione, con cui si faccia obbligo alle Compagnie di Navigazione Nazionali di sottoporre il personale navigante imbarcato ad una visita di revisione, all'entrata nel 45° anno di età, visita che dovrà ripetersi ogni 5 anni.

Nella mia qualità di Ispettore Sanitario di una Società di Navigazione, dopo aver toccato con mano a quali e quante avarie fisiche può, il personale navigante, andar soggetto, mi sono convinto dell'assoluta, imprescindibile necessità di tale visita, dopo che ho veduto una molteplicità di casi in persone affette da gravi deficenze fisiche, sia di indole generale, sia dei vari principali organi e in specie dell'organo visivo e auditivo, tanto nel basso personale che negli ufficiali di macchina, e di coperta.

Quindi non è fuor di luogo, nè esagerazione, far rilevare i gravi danni ed i pericoli a cui si espone la sicurezza delle navi e la vita di migliaia di esistenze umane, che son costrette a battere la via del mare, perdurando a mantenere questa lacuna, che può essere fonte delle più gravi e irreparabili sciagure.

Se si fossero attentamente analizzate le cause di molti sinistri marittimi, si sarebbe trovato che, quale causa principale, era da ricercarsi in una qualche deficenza organica esistente o in colui che, al momento del sinistro, era alla direzione della nave o della macchina, o in colui che, valendosi del grado superiore, indusse il suo subordinato a commettere il fatale errore. A questo proposito non è lontano il ricordo di un terribile naufragio di un piroscafo italiano, che costò la vita a circa 250 persone, affidato ad un comandante, espertissimo lupo di mare, ma che un certo tempo prima di quest'ultimo imbarco, era stato colpito, da quanto mi risulta, da una grave emorragia cerebrale. Le risultanze e le condizioni nelle quali il disastro avvenne, inducono purtroppo, a credere che il Comandante non si trovasse più nella normale funzionalità delle sue facoltà mentali, dopo la grave lesione cerebrale subita. Con tale esempio ho voluto avvalorare la mia tesi, sulla necessità di sottoporre, periodicamente, a visita medica sia gli individui che furono già soggetti a gravi malattie, e, come regola generale, tutto il personale marittimo, al momento che entra nel 45° anno, di età, ripetendo poi tale visita, periodicamente, ogni 5 anni.

È preso come termine più indicato il 45° anno di età, perchè, per esperienza, vediamo che l'organismo umano, è in questo periodo della vita, che incomincia ad avvertire, in genere, i primi effetti del lungo attrito dell'esistenza trascorsa, ed è, in genere, da tale periodo della vita che si incominciano ad avvertire le prime deficenze organiche ed in particolar modo, da parte dell'organo della vista.

Mi è occorso visitare, per incidenza casuale, dei Comandanti, dei Capi Macchinisti, ed altri ufficiali appartenenti a queste due categorie, affetti da malattie gravi: diabete, postumi di emorragie cerebrali, nevrastenie nei vari stadi, forme di psicopatie, sifilide nelle sue varie forme, vizi di cuore, insufficenze renali ed epatiche accentuate, stadi iniziali di rammollimento cerebrale, derivanti sia da avanzata età o da qualche malattia pregressa, forme gravi di arterio-sclerosi, accentuate forme artritiche, forme tabetiche, le forme le più svariate di alcoolismo e tabagismo, deficenze accentuate e disturbi funzionali dell'organo visivo e auditivo. Forme svariate di tubercolosi ed affezioni costituzionali per alterato ricambio materiale, forse derivanti o dalla vita sedentaria di bordo unita a copiose libazioni e da ipernutrizione. Tutti questi individui caddero sotto il controllo del medico, ripeto, per sola coincidenza, casuale, quasi sempre dovuta a denuncia interessata, palese o anonima, fatta alla Direzione della Società, dal personale stesso di bordo, o allo scopo di vendetta o da desiderio di avanzamento di grado.

A parte tutto ciò è indubbio che la gente di mare, imbarcata sui vapori, per la stessa vita che menano, per le attribuzioni cui sono adibiti, specie certe categorie con l'andare del tempo e con il decorrere dell'età, possono andar soggetti a molteplici e svariate forme patologiche.

I marinai, per esempio, che dovendo compiere il loro lavoro all'aria aperta, sono spesso esposti alle vicissitudini atmosferiche, ai rapidi sbalzi di temperatura, alla prolungata esposizione del corpo all'azione del freddo e dei cocenti raggi solari, nelle regioni tropicali, per le quali cause, vanno soggetti alle più svariate forme reumatiche e a malattie dell'apparato respiratorio, alle facili infezioni flemmonose degli arti inferiori, dovute a lesioni di continuo nei piedi scalzi, a traumatismi dovuti al lavoro di carico e scarico o alla instabilità della nave, durante il cattivo stato del mare.

L'altra categoria del personale addetto alle macchine, in special modo, fuochisti e carbonai, ingrassatori, ecc., per il gravoso lavoro della ripulitura e smontaggio della macchina, sono soggetti a gravi traumatismi. Inoltre, menano la vita in ambienti poco areati e scarsamente illuminati, e sono costretti a respirare un'aria rarefatta, povera di ossigeno e spesso impregnata densamente da gas irrespirabili, dovuti alla combustione, e alle emanazioni della sentina. La superficie del loro corpo, durante il lavoro, aspersa da abbondanti sudori, si ricuopre di una patina per deposito di sostanze grasse e polvere di carbone che ne impediscono la tanto necessaria traspirazione dei pori. L'azione, sul corpo, dell'alta temperatura esistente sia nei carbonili, che nella camera dei forni, il calore abbagliante e l'affaticamento del corpo, e tutto questo insieme non può fare a meno di avere, con l'andare del tempo, gravi ripercussioni sulla salute, provocando intossicazioni, esaurimenti nervosi, anemie, malattie della pelle, e dei principali organi, compreso, in specie, l'organo visivo e auditivo. Questo è il quadro sommario delle malattie che in genere, possono derivare dal lavoro a cui il personale di bordo è assoggettato, malattie che unite alle altre dovute ad intemperanze: abuso del fumo, di bevande alcooliche, o a malattie celtiche, contratte nei vari porti di approdo, tutte contribuiscono, ad un dato momento, a rendere

l'organismo impossibilitato al disimpegno delle mansioni a cui il personale è adibito. E quando la malattia non riduce l'individuo immediatamente a tale incapacità, il logorio e le conseguenze di esso, compaiono inesorabili in quel periodo della vita, in cui, anche l'organismo più sano comincia a risentire gli effetti delle fatiche fisiche e morali e delle intemperanze commesse nel tempo trascorso. L'inizio di questo periodo si è voluto fissarlo al 45° anno di età.

Ritengo perciò una necessità improrogabile l'istituzione di tale visita, estesa a tutto il personale navigante, da ripetersi ogni 5 anni, specialmente per lo Stato Maggiore, ufficiali di macchina e coperta, visita la quale dovrà essere disciplinata da norme tassative, in specie per ciò che si riferisce alla potenzialità degli organi visivo ed auditivo.

In pari tempo mi preme di richiamare l'attenzione delle Autorità Sanitarie dello Stato sulla necessità di fissare tassative disposizioni che regolino l'ammissione a bordo del nuovo personale da arruolarsi sulle navi, onde aver in esso serie garanzie sulla sua validità fisica, disposizioni che fino ad oggi mancano totalmente.

Le Ferrovie dello Stato, il cui personale, nelle sue attribuzioni ha molta affinità con il personale navigante, hanno già da lungo tempo adottate le garanzie da me sopra reclamate, delle quali ne risentiamo l'assoluta necessità.

COMMENTI.

Prostituzione e abolizionismo.

Il prof. Barduzzi, insegnante di sifilografia nella R. Università di Siena, a pag. 967 del *Policlinico* (N. 28), si è scagliato contro « i pochi igienisti e specialisti e i molti filantropi, teorici, giuristi illusi, che pretenderebbero imporre la opinione della lega abolizionista, incompetente in materia, creata dal fanatismo evangelico della Butler, fra pastori protestanti, *quakers*, socialisti teorici ed associazioni femminili che riguardano la questione dal lato sentimentale ».

A sostegno della *intempestività*, della *inopportunità* di questa campagna, dice che vi sono statistiche e relazioni abbastanza dimostrative, se esaminate senza preconcetto.

Aggiunge che il problema dell'abolizionismo non ha, almeno per ora, fondamento, nè probabilità di attuazione neppure negli Stati moderni più avanzati nelle loro nuove legislazioni, se si fa qualche eccezione non troppo soddisfacente.

Tutti i sifilografi, secondo il prof. Barduzzi, devono essersi fatto il convincimento che sia dannosissimo lasciar libera la prostituzione non solo durante la guerra, ma anche durante la pace.

Il prof. Barduzzi ha promesso di tornare sull'argomento e mi riserbo allora di riparlarne, se del caso.

Mi permetto, però, di domandargli se veramente la Butler sia una povera isterica o non una grande vindice di una grande Idea.

Ricordiamo che fino al 1880, le povere (dico povere perchè sono nella enorme maggioranza dei casi vittime dell'ambiente in cui si trovano) prostitute, erano messe in vere prigioni (e non ospedali) vergognose, dove entravano (non sempre) malate e uscivano marce fisicamente e moralmente, non visitate o mal visitate, e che *molto*, in seguito alla campagna della Butler e della Lega abolizionista, si è ottenuto per il miglioramento delle ricoverate.

Mi permetto di aggiungere che la campagna non è stata sostenuta dai *quakers* e da fanatici protestanti, ma da grandi medici, uomini di Stato, filosofi di tutti i Paesi e di tutte le Religioni, come ne fan fede i diversi Congressi, e, specialmente, quello di Bruxelles del 1902 (che era un Congresso per la profilassi contro le malattie veneree).

Pregherei poi il Barduzzi di citare quali sono le statistiche (non ricordi quelle militari troppo unilaterali) dimostrative della inopportunità e intempestività della Lega abolizionista: io gliene citerò altre che dimostrano il contrario (ma non credo nè alle une nè alle altre).

Il prof. Barduzzi presenterebbe la Lega abolizionista quasi come una lega per la diffusione delle malattie veneree e per la protezione delle *non poche prostitute degenerate!*

No Professore, la frase ha tradito il suo pensiero: Ella sa meglio di me che la Lega abolizionista non si propone di intralciare i provvedimenti sanitari *umani, giusti,* contro la diffusione delle malattie veneree; essa non vuole la prostituzione di Stato; essa vuole che lo Stato non riconosca e protegga il vizio, che istituisca la ricerca della paternità, la responsabilità del contagio venereo; vuole, in una parola, una ben intesa *profilassi morale* del Paese, vuole che lo Stato sia (se è possibile) morale.

Il prof. Barduzzi, parlando dell'attuazione dell'abolizionismo negli Stati, dimentica che l'Inghilterra e le sue Colonie, gli Stati Uniti, la Svizzera, la Svezia, la Finlandia non hanno neppure assaggiato i famosi vantaggi della re-

golamentazione: ricordo che gli Stati Uniti da cinquanta anni hanno bollato tale sistema con queste roventi parole dettate da un Comitato nazionale di quindici studiosi: « Distinti uomini di Stato sono di parere che ogni attentato alla libertà sia un male e che non possa legittimarsi che con un risultato pratico *immediato, utile.* Ma un sistema che permette alla polizia di arrestare un cittadino e di sottoporlo a investigazioni offensive, soltanto per iscoprirvi l'esistenza di una malattia e di porlo poi in prigione nel timore che egli possa avere rapporti con altri, ove resti libero, contrasta assolutamente con i principî della libertà personale ».

Il prof. Barduzzi dice che tutti i sifilografi sono convinti della necessità delle misure restrittive.

Certo, la enorme maggioranza dei sifilografi italiani, attaccati alla regolamentazione, per interessi molteplici o anche per convincimento, non ha sviscerato, nel *referendum* del « Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle », la questione morale, ed è favorevole al regolamentarismo *anche rinforzato;* ma il prof. Barduzzi non ha detto che i sifilografi inglesi, americani, svedesi, finlandesi, svizzeri sono felicissimi che nel loro Paese il regolamento sia *abolito.*

In quanto alla esperienza del periodo di guerra, ricorderò che il prof. V. Montesano di Roma, incaricato della sorveglianza in zona di guerra sulla profilassi celtica, ci dice che la sua esperienza in quel periodo non lo ha convertito al regolamentarismo.

E allora?

Persuaderemo il Governo a far meglio nelle annunziate modificazioni?

Ne dubita, ci pare, anche il prof. Barduzzi.

Firenze, 15 luglio 1921.

S. SBERNA.

SUNTI E RASSEGNE.

INFEZIONI OSTEO-ARTICOLARI.

La spondilite tifosa.

(Dott. ERNST LYON. *Berliner Klinische Wochenschrift,* 2 maggio 1921).

La spondilite tifosa è, più che una complicazione, una successione morbosa del tifo identificata nel 1889 da Gibney e successivamente descritta dal Quincke.

Secondo Halpenny la sua frequenza tra le infezioni tifose è di un caso su 1800; secondo Quincke su 150 spondiliti se ne trova una tifosa; secondo altri sarebbe alquanto più frequente.

I casi gravi sono rari. Essi presentano una sindrome costituita da fieri dolori locali spontanei e provocati dai movimenti, da tumefazione delle parti molli, da febbre e da sintomi midollari transitori. Spesso la tumefazione e la febbre mancano e tutta la sindrome si riduce ai dolori che possono raggiungere una gravità considerevole e che di solito presentano variazioni di intensità. Queste, se è lecito così esprimersi, sono caratteristiche. Oltre i dolori si osserva la rigidità della colonna vertebrale. La pressione sui processi spinosi e sui processi laterali è dolorosa a livello di più vertebre; dolente è la compressione assiale della colonna. Più di frequente son lese le vertebre lombari; specialmente la quarta; ma possono esser colpite anche le vertebre dorsali e le cervicali e qualche volta le vertebre sono colpite discontinuamente, con l'interposizione cioè di alcune vertebre sane.

Fenomeni radicolari, sia pure limitati semplicemente a zone di iperestesia a livello del tratto leso, non mancano quasi mai. Possono però aversi anche dolori e paralisi; qualche volta si manifesta una vera sindrome midollare, la quale però è sempre di breve durata.

Accanto ai casi gravi e medi ne esistono altri nei quali la sintomatologia è così povera che i pazienti non si lamentano di altro che di dolori al dorso i quali compaiono solo nella stazione eretta. In tali casi i segni diretti della lesione vertebrale possono non essere dimostrabili che radiologicamente.

La malattia può cominciare durante la tifoide o alcuni mesi più tardi. In una piccola parte dei casi comincia con forti dolori al dorso, ma più spesso l'inizio è subdolo e i forti dolori non compaiono che più tardi. Altri casi hanno un inizio e un decorso subacuto. La malattia di solito si protrae per settimane e mesi alternando lunghi periodi di latenza con pe-

riodi di sofferenza. Quasi tutti i casi presentano una relativa benignità; solo eccezionalmente si hanno suppurazioni e necrosi.

Tra i sintomi obbiettivi è stata notata qualche volta una depressione a livello di una apofisi spinosa dolente. Si tratta in tali casi di un rammollimento del processo spinoso oppure di una tumefazione dei processi spinosi contigui. Molto rare sono le alterazioni a carico dei corpi vertebrali e perciò le gittosità non compaiono quasi mai. Sono state descritte alterazioni delle lamine vertebrali e dei processi laterali con ispessimenti periostali a livello dei fori di coniugazione e conseguenti nevralgie.

La diagnosi della spondilite tifosa è facile se si pensa alla pregressa infezione tifoidea in un soggetto che abbia chiari segni spondilitici; ma, se mancano il dolore alla compressione delle vertebre e i segni radicolari, difficile è escludere la possibilità che si tratti di dolori dorsali o lombari del tipo di quelli che compaiono in soggetti neurastenici oppure che si tratti di una semplice lombaggine.

Quando l'inizio è acuto, con febbre alta, con dolore irradiato al ventre e con rigidità della parete addominale può essere simulato il quadro della appendicite, della colecistite e della peritonite. Tuttavia una osservazione di poche ore è sufficiente a chiarire il dubbio.

Qualche volta la sintomatologia spondilitica passa in seconda linea di fronte ai segni di nevrite o di miosite e in questi casi è veramente difficile riconoscere la causa primaria del male.

Tra i segni radiologici, i più costanti sono a carico dei dischi intervertebrali che si presentano diminuiti di spessore; il periostio invece a livello di essi prolifera e spesso due vertebre contigue si fondono. Le lesioni dei corpi vertebrali sono invece rare e lievi.

Di un certo interesse è il paragone tra la spondilite tifosa e la deformante. La seconda colpisce principalmente soggetti maschili di età superiore ai 50 anni, la prima soggetti maschili generalmente sotto i 40 anni. Anche nella spondilite deformante sono colpiti i dischi intervertebrali. Al margine dei corpi si formano osteofiti e ponti; gli spazi tra i singoli corpi diminuiscono di spessore. Da ciò appare che l'aspetto radiologico della spondilite deformante presenta alcuni dati comuni alla spondilite tifosa e, poichè la spondilite deformante non ha una etiologia nota, si può ammettere che la spondilite tifosa predisponga ad essa.

Un punto importante per riconoscere la natura tifosa della malattia è la diagnosi batteriologica a proposito della quale è da ricordare che recentemente si sono messe in evidenza anche spondiliti da paratifo A.

La puntura lombare mostra nel liquido, spesso ma non costantemente, la presenza di bacilli, di aumentata pressione, di albumina e di linfocitosi; fatti che indicano come una irritazione meningea di frequente accompagni la spondilite.

La prognosi è ordinariamente buona e tanto migliore quanto più sollecitamente viene istituita la cura.

I dolori e anche la deformità della colonna tendono a scomparire; talora resta una lieve rigidità. I casi mortali sono molto rari. Il trattamento consiste nel riposo a letto in decubito dorsale e nella somministrazione di antineuralgici. I francesi consigliano molto le strofinazioni sul dorso con collargolo. Utili sono i busti di gesso, di celluloide, di cuoio o, come vengono preferiti in America, di cerotto. La vaccinoterapia può render utili servigi.

Il fondamento anatomo-patologico della malattia è costituito da piccoli focolai di osteomielite e da una trasformazione di dischi intervertebrali in tessuto connettivo ricco di vasi.

Riguardo all'etiologia meraviglia come, essendo tanto frequente la presenza di germi specifici in circolo e nel midollo osseo, siano rare le osteomieliti. Forse la rarità dipende dal fatto che il midollo osseo è tra le strutture del corpo molto ricco in poteri difensivi, così che per ammalare occorra non solo la presenza di germi, ma anche il concorso di altri momenti patogenetici. Tra questi si è data importanza ai traumi; ma occorre riconoscere che, se pure in qualche caso la influenza nociva di essi è stata evidente, in molti altri casi nè sono sembrati necessari nè sufficienti per spiegare la comparsa di fenomeni patologici specifici EGIDI.

Artrite nella dissenteria.

(G. GRAHAM. *Proc. of the R. Society of Medicine*, dicembre 1919).

La associazione di affezioni articolari alla dissenteria, citata per primo da Sydenham nel 1672, è stata in seguito ricordata da vari autori e vista con una frequenza relativamente maggiore in rapporto colla frequenza della dissenteria, durante la guerra. L'A. ha avuto occasione di vederne 33 casi in Malta, e poichè si tratta di una complicazione non comune crede opportuno di riferirne.

L'inizio dei sintomi avverrebbe, secondo i vari autori, tra il 14° e il 21° giorno; nella serie dello scrivente essi comparvero fra il 6° e il 23°

dal primo inizio della dissenteria. In genere, più presto i sintomi articolari compaiono, più grave è l'attacco.

Primo segno fu un dolore intenso che precedette la tumefazione di qualche ora, scomparendo poi assai prima di quest'ultima. Assai rapida la formazione di liquido intraarticolare e di solito abbondante; non arrossamento della pelle. Nella maggioranza dei casi le articolazioni furono attaccate successivamente, ad intervalli. In ordine di frequenza, le articolazioni furono prese così: ginocchio; collo del piede; gomiti; piccole articolazioni del polso e delle mani; due volte fu attaccata l'articolazione temporo-mascellare.

Nei casi gravi si ebbe febbre considerevole, che per lo più precedette e talvolta seguì anche la lesione articolare; nessun'altra causa poteva spiegare la piressia ad eccezione dell'artropatia, mentre, a questo periodo, lo stadio acuto della dissenteria era di solito passato.

Grande varietà nel decorso ulteriore: alcuni casi ebbero rapida guarigione (7 entro 4 settimane), 20 furono malati per un periodo assai più lungo (3 mostravano appena un leggero miglioramento dopo 2 mesi, e 1 potè cominciare a camminare dopo 6 mesi). Quando i sintomi articolari scomparvero rapidamente, si ebbe di rado alcun postumo, ma quando si trattò di un processo lento con ricadute, si notò una grande tendenza alla rigidità articolare. Garrod ha visto alcuni casi cronici in Londra, ma crede che, in definitiva, le articolazioni guariscano completamente.

Alcuni pazienti svilupparono sintomi oculari. Questi furono di due specie: *a*) un rossore marcato e un'iniezione della congiuntiva con dolore e lacrimazione ma senza secrezione purulenta; *b*) una ciclite o una irido-ciclite. Tali sintomi comparvero tra il 14° e il 33° giorno di malattia. La congiuntivite di solito scomparve rapidamente con i comuni collirî, l'iridociclite cedette prontamente al trattamento con l'atropina.

***

Poichè l'artrite è una complicazione abbastanza frequente della malattia da siero e molti dissenterici furono trattati col siero, era necessario escludere che l'artrite dipendesse da questo. L'artrite da siero è una malattia dolorosissima, ma è estremamente raro che le articolazioni si gonfino, e, comunque, la transitorietà del gonfiore e la coesistenza di orticaria rendono evidente che la tumefazione articolare fa parte di un attacco insolitamente grave di malattia da siero.

Nei casi di artrite dissenterica che erano stati trattati con siero, i sintomi articolari furono affatto differenti di quelli dell'artrite da siero.

È difficile rispondere al quesito se la somministrazione di siero può prevenire la complicazione articolare. Sebbene alcune statistiche, e tra queste quella dell'A. dimostrerebbero che nei casi trattati precocemente e con dosi adeguate, i sintomi articolari manchino, il numero dei casi è troppo piccolo per poterne trarre un'affermazione definitiva.

***

La diagnosi differenziale va posta anzitutto col reumatismo acuto, dato il modo d'inizio e l'invasione successiva di un'articolazione dopo l'altra. Ma l'assenza di compartecipazione della pelle e di uno spiccato calore nell'articolazione è contro questa diagnosi. Inoltre l'artrite dissenterica non cede al salicilato dato in dosi adeguate: l'aspirina sembra più efficace contro il dolore, ma neanche essa fa scomparire la tumefazione. Da ultimo manca ogni segno di endocardite.

L'andamento generale della malattia assomiglia a quello dell'artrite gonococcica, anche per la relativa frequenza delle complicazioni oculari. Ne differisce, però, perchè le fasce non sembra siano colpite. Del resto questa possibilità fu sempre tenuta presente nei casi dell'A.: solo in uno di essi vi era stata una gonorrea sette anni prima e in un altro fu trovato una sol volta, un diplococco Gramnegativo nella secrezione oculare: ma in quest'ultimo soggetto al 44° giorno di malattia si ebbe un'agglutinazione positiva per il bacillo di Shiga.

L'ultima affezione articolare che possa presentare qualche somiglianza con l'artrite dissenterica è l'artrite reumatoide: nei suoi stadi acuti la somiglianza è piccola e la presenza di sintomi oculari permettono la diagnosi; ma nella fase tardiva, specie quando sono colpite le mani, può insorgere qualche dubbio talvolta difficile a superarsi, se non può farsi un'accurata anamnesi.

***

Il trattamento è assai poco soddisfacente e la malattia sembra continuare il suo corso. Il salicilato di sodio, anche in grandi dosi, ha scarso effetto sia sulla tumefazione articolare che sulla temperatura. L'aspirina sembra più efficace contro il dolore. In alcuni casi fu provato il chinino. Localmente si usò il salicilato di metile, ma con poco effetto; lo stesso si dica per la puntura dell'articolazione.

Se il dolore è intenso o v'è una certa tendenza dell'arto ad assumere una cattiva posizione, è consigliabile l'applicazione di una stecca. Negli stadi tardivi il massaggio va usato largamente per prevenire ogni rigidità.

In 2 casi si somministrò siero per una ricaduta della dissenteria, ma le articolazioni non ne risentirono vantaggio. Rist invece usò dosi massive di siero e afferma che le articolazioni guariscono assai rapidamente, tanto che ciò può considerarsi un ottimo criterio diagnostico *ex juvantibus*. SEBASTIANI.

Carie ossea non tubercolare.

F. HAMBURGER e PH. ERLACHER. *Wiener klin. Wochenschrift*, n. 21, 1921).

È riferito un caso di carie ossea multipla, con suppurazione e formazione di fistole persistenti. La diagnosi dí carie fu accertata a mezzo dell'esame radiologico, la natura tubercolare esclusa dall'esito delle reazioni biologiche, delle ricerche istologiche, dagli innesti ad animali.

Si deve supporre che in determinate condizioni, dei germi molteplici possano provocare delle lesioni identiche a quelle finora ritenute specifiche del bacillo di Koch; queste condizioni probabilmente dipendono dall'entità dell'infezione, dalla virulenza dei germi, dalle reazioni dell'organismo e dell'organo colpiti. POLLITZER.

VACCINI E SIERI.

Sulla cura tubercolinica.
(Contributo al problema dell' ipersensibilità).

(A. OFFREM. *Zeitschr. für Tuberkulose*, vol. 34, n. 2, 1921).

Le tossine prodotte in un focolaio tubercolare, entrate in circolo agiscono da antigene e provocano da parte dell'organismo una produzione di anticorpi. Quando gli anticorpi sono prodotti in eccesso, essi rapidamente scompongono e rendono inattive le tossine esistenti e quelle che continuamente si vanno formando; non esiste l'intossicazione dell'organismo, il focolaio tubercolare allora tende alla guarigione. Quando invece gli anticorpi prodotti sono scarsi, la decomposizione delle tossine è incompleta e lenta; ne risulta la formazione di prodotti intermedii ad azione fortemente tossica. Questi prodotti intermedi agiscono probabilmente per il meccanismo dell'anafilassi e sarebbero fenomeni anafilattici la febbre, il deperimento, l'astenia, l'inappetenza e la sudorazione, che si osservano nel corso della tubercolosi. Tali fenomeni (identici per natura e per meccanismo di produzione a quelli consecutivi ad un' iniezione di tubercolin ad un tubercoloso) si osservano spesso nello stadio iniziale di forme non gravi di tubercolosi. In questi casi la quantità delle tossine prodotte è troppo scarsa per poter eccitare la formazione reattiva di anticorpi in sufficiente quantità; le tossine non importa se scarse vengono incompletamente decomposte ed i prodotti che ne risultano danno luogo ai fenomeni anafilattici sopra citati. In questi casi l'introduzione artificiale di antigene, che stimoli i tessuti alla produzione abbondante di anticorpi, serve a rimuovere i fenomeni anafilattici ed a favorire in tal modo la guarigione; ecco il compito e la ragione della terapia tubercolinica. La quantità di antigene deve però stimolare i tessuti alla produzione di anticorpi: chè se fosse troppo scarsa a tale scopo non farebbe che consumare gli anticorpi già in circolo e aggraverebbe i fatti anafilattici. Perciò l'A. raccomanda il metodo delle dosi crescenti di tubercolina, che egli ha usato con successo in alcuni casi iniziali di tubercolosi nei quali esistevano que' sintomi ch'egli ritiene anafilattici.

La prima iniezione era di 1/100-1/10 milligrammo; se come è la regola seguivano dei fenomeni anafilattici, dopo alcuni giorni si iniettava una dose più forte: così di seguito fino ad una dose che eccitando la produzione abbondante di anticorpi, liberava l'organismo dai sintomi di anafilassi. Gli ammalati allora guadagnavano di peso, ricuperavano l'appetito e le forze e si sentivano bene.

Le reazioni che seguono alle dosi crescenti di tubercolina non devono essere progressivamente più intense, ma più lievi; se aumentando la dose, si ottiene una reazione più energica che non alla dose precedente si deve ritornare a quella di nuovo. POLLITZER.

Sul vaccino antipneumococcico.

(L. CHEINISSE. *Presse médicale*, 5 marzo 1921).

I primi risultati dell'applicazione in grande della vaccinazione antipneumococcica vennero pubblicati da Cecil e Austin nel 1918: su 12 mila e 500 soldati vaccinati con i tipi I, II, III, non si ebbe alcun caso di polmonite di questi tipi nel periodo di due mesi e mezzo, mentre se ne ebbero 26 casi fra 20,000 soldati non vaccinati, che vivevano nelle stesse condizioni; considerando le polmoniti di ogni tipo, si ebbero 17 casi (40 %) fra i vaccinati con i tipi I, II, III e 63 (60 %) fra i non vaccinati. Risultati meno netti si ebbero da Cecil e Vaughan, in un altro accampamento: in tali casi

però le condizioni non erano uguali, sia per lo scoppio dell'epidemia influenzale, sia perchè venne usato anzichè la sospensione in soluzione fisiologica, il lipovaccino, che avrebbe un potere antigene minore.

Anche le esperienze condotte in Francia da Borrel sono state incoraggianti: su 300 soldati Malgasci vaccinati si ebbe un caso di polmonite e nessun morto, su altri 300 non vaccinati, 17 casi e 4 morti; un anno dopo però usando lo stesso ceppo conservato in ghiacciaia si ebbe fra i vaccinati morbosità 65 ‰ e mortalità 19 ‰: fra i non vaccinati rispettivamente 95 e 28 ‰; la differenza va probabilmente attribuita alla diminuzione del potere antigene del ceppo microbico, in causa della lunga conservazione in ghiacciaia.

A questi risultati pratici vanno aggiunti quelli di laboratorio· Cecil e Steffen, mediante l'iniezione endovenosa, hanno dato alle scimmie un'immunità assoluta contro la pneumonite sperimentale.

L'introduzione del vaccino si fa per via ipodermica, poichè con quella endovenosa, si hanno reazioni violente. La reazione, con le iniezioni ipodermiche, varia da un soggetto all'altro, ed è tanto più moderata, quanto più piccola la dose. È quindi consigliabile suddividere le inoculazioni, tenendo però presente che il grado di immunità che si raggiunge è, in certo modo, proporzionato alla dose totale. Agli Stati Uniti si fanno di solito tre iniezioni di 3, 6, 9 miliardi di germi; il lipovaccino si inietta in una sola volta (40 miliardi).

La reazione locale si manifesta entro 24 ore con una zona arrossata ed indurita di 2-3 cm. di diametro, in corrispondenza della puntura; la reazione generale manca; solo qualche volta si ha cefalea, rachialgia, malessere generale con elevazione termica, tutti fenomeni di breve durata.

Il vaccino antipneumococcico è controindicato negli stati infettivi acuti, nella tubercolosi polmonare, nella nefrite; deve essere usato con prudenza nei cardiaci e nelle gravide dopo il quinto mese. Il suo uso è indicato nelle persone che, per la loro professione, sono esposte al freddo e alle intemperie, negli individui soggetti a polmoniti a ripetizione, e soprattutto nelle agglomerazioni viventi in condizioni anormali, come negli accampamenti.

Meno provata è l'*azione curativa* del vaccino; Rosenow ha preconizzato l'iniezione di pneumomocchi parzialmente, sottoposti ad autolisi, ciò che separerebbe la parte tossica solubile, da quella non tossica, a funzione antigene. Con tale metodo, si sarebbe avuta la mortalità di 23 % fra i trattati e di 38 % fra gli altri.

Data però la variabile ed incerta evoluzione clinica della polmonite è difficile affermare che l'esito favorevole o non è dovuto all'uso o meno di un vaccino o di un rimedio; occorre quindi ancora a tale proposito che l'esperienza clinica sia ripresa su larga scala e debitamente controllata.

fll.

Gli accidenti consecutivi alla sieroterapia.

(DROUET. *Journ. de méd. de Paris*, 1921, n. 13).

Nella somministrazione di sieri, gli accidenti si presentano con maggior frequenza negli adulti che nei bambini, e più specialmente negli individui, che hanno ricevuto altre iniezioni di siero. La via endomuscolare e soprattutto quelle endovenosa ed endorachidea provocano i fenomeni più gravi e più drammatici: più innocente è la via ipodermica. Secondo l'A., i sieri riscaldati dell'Istituto Pasteur di Parigi dànno un minor numero di accidenti che quelli con aggiunta di acido fenico; talvolta le reazioni sono più vive col siero di un determinato cavallo.

Anche la dose del siero è importante: 40-100 cmc. determinano più facilmente gli accidenti, anzichè le dosi di 10-20. In riguardo alla frequenza si può dire che gli accidenti di qualche entità si manifestano in $^1/_4$-$^1/_3$ degli ammalati.

Le sindromi reazionali possono distinguersi in:

1) emoclasica immediata, analoga alla crisi nitritoide del 606;

2) emoclasica ritardata (shock peptonico di Brodin) che si manifesta da ½ ora a parecchie ore dopo l'iniezione;

3) da siero tardiva, accidenti siero-tossici dei classici, o malattia da siero dei tedeschi.

La prima si manifesta poco dopo o talora anche durante l'iniezione endovenosa ed eccezionalmente in seguito a quella endomuscolare o ipodermica: tachicardia, congestione facciale, oppressione, vomiti, coliche intestinali, lipotimia, orticaria. Nella forma congestiva predomina la cianosi della faccia, l'ansia respiratoria; in quella sincopale, sono invece spiccati i fenomeni di ipotensione e di collasso cardiaco.

La sindrome emoclasica ritardata è caratterizzata da brividi, ipertermia considerevole, sudori profusi, analogamente a quanto si osserva con le iniezioni di peptone.

La sindrome tardiva da siero è la più frequente (95 %): si manifesta una settimana dopo l'iniezione con eruzione cutanea, ipertermia, tumefazioni gangliari, artralgie, vomiti,

diarree, ecc. Gli eritemi non hanno nulla di caratteristico: hanno evoluzione variabile, si accompagnano a vivo prurito; si estendono talora alle mucose (enantemi) e si può anche avere edema laringeo. Si ha ipotensione, di solito leggera, ma che talvolta può costituire il sintoma predominante, arrivando al collasso: notevole è spesso l'astenia. Abbastanza rara è l'albuminuria, mentre sono più frequenti le lesioni epatiche, le quali si manifestano con ittero. Sono state segnalate altresì atrofie muscolari, flebiti, endopericarditi.

I sintomi accennati non coesistono in ogni malato; il più spesso si nota 1-3 giorni dopo l'iniezione, una orticaria generalizzata con vivo prurito, temperatura a 38°-39°, artralgie, ingorgo ghiandolare. Anche la via di introduzione ha una certa importanza: le iniezioni ipodermiche dànno origine nel punto di iniezione ad edemi pseudo-infiammatorî; le endorachidee danno spesso sintomi allarmanti (cefalea, vertigini, sincope, talora morte), e tardivamente una vera meningite da siero spontaneamente curabile.

La diagnosi in generale non è difficile quando si ponga mente alla iniezione di siero ricevuta: la prognosi, salvo casi rarissimi, è buona.

Terapia. — Se si tratta di fenomeni leggeri, si somministri un purgante ed il cloruro di calcio (3-4 grammi, con 40-50 gocce di adrenalina a $^{1}/_{1000}$: diminuire la dose per i bambini!): si cospargeranno polveri sulle parti pruriginose e si faranno impacchi umidi in caso di reazione locale dolorosa.

Se i fenomeni sono intensi (vero shock emoclasico) si fa subito un'iniezione sottocutanea o meglio endomuscolare di adrenalina (un cmc., eventualmente ripetendo se l'ammalato non migliora) e poi olio canforato, caffeina, tonici cardiaci in genere. È stata proposta altresì l'iniezione endovenosa di iposolfito di sodio o carbonato di sodio. Talvolta in caso di edema laringeo dei bambini si dovrà ricorrere all'intubazione.

Profilassi. — Quando si ha ragione di temere uno shock emoclasico immediato (iniezione endovenosa o reiniezione in un individuo che aveva in precedenza reagito fortemente), si farà un'iniezione endomuscolare di un mg. di adrenalina fresca, cinque minuti prima di fare l'iniezione di siero; questa poi va fatta assai lentamente, diluendo eventualmente il siero in nove parti di acqua. Meno sicuro è il metodo di Besredka (iniezione sottocutanea di piccola quantità di siero, pochi minuti prima di quella endovenosa).

La eventualità di queste reazioni però non deve far desistere dalla sieroterapia. *fil.*

PEDIATRIA

Enuresi infantile.

(C. E. SUNDELL. *The Practitioner*, aprile 1921).

Il meccanismo del funzionamento della vescica è semplice. Essa si riempie lentamente di urina schizzatavi a frequenti intervalli dagli ureteri, e distende così la sua parete muscolare. Allorchè la distensione ha raggiunto un certo grado, cominciano ritmiche contrazioni muscolari, ancora inefficaci; come la prima progredisce, queste si fanno più forti, finchè un bel momento la vescica si solleva dallo sforzo, vuotando il suo contenuto. Due sono gli sfinteri della vescica: uno involontario, uno volontario. Il primo risulta di due porzioni, l'una a mo' di anello intorno allo sbocco uretrale, l'altra un poderoso fastello di fibre muscolari che accappia come una fionda la prima parte dell'uretra. Il secondo è dato dal muscolo bulbo-cavernoso che resiste quando la vescica è sovraripiena e la minzione urgente.

La minzione è un atto riflesso il cui centro risiede nel rigonfiamento lombare della midolla. Viene innervata dai N. ipogastrici, da R. viscerali del plesso sacrale, del ganglio mesenterico inferiore, e contiene gangli minutissimi nella sua parete, come l'intestino.

Bisogna educare il bambino dall'ottavo mese in poi a richiamare la sua attenzione ad urinare nelle ore di veglia. Dal terzo o quarto anno egli deve essere in condizioni di svegliarsi da sè, qualora la minzione fosse urgente. Urinare il letto o gli abiti dopo i detti anni dicesi Enuresi.

Ciò che prima bisogna stabilire è se si tratti di urinazione incosciente o di urinazione precipitosa: nel primo caso il bambino non è consapevole dell'atto finchè non si trovi bagnato digià, nel secondo caso è consapevole di un imperioso bisogno di urinare senza la capacità di frenarsi.

L'urinazione incosciente durante la veglia è propria di gravi malattie mentali, di equivalenti epilettici, di anomalie anatomiche della vescica o dell'uretra.

L'urinazione precipitosa è la forma morbosa con la quale abbiamo più da fare. Le sue cause sono essenzialmente nervose, sebbene l'urina troppo concentrata, o iperacida, o bacillurica, o la poliuria, o la cistite possano influire. Il fanciullo è in continua preoccupazione, ogni insuccesso aumenta la sfiducia, egli si esaurisce e così diminuisce il suo potere di controllo. La cura, indipendentemente dal provvedere alla correzione delle eventuali condizioni morbose locali, è sopratutto psichica: Proibire per un certo periodo la frequenza

della scuola, di riunioni, di processioni, ecc.; mettere il fanciullo in condizioni di poter soddisfare subito i suoi bisogni; rinforzare la sua facoltà di controllo con l'incoraggiamento e l'esercizio; persuaderlo a non ritenersi minorato innanzi ai compagni, e ad avere ferma fiducia nella guarigione. Su queste direttive la cura è più efficace che per forza di medicinali.

L'enuresi notturna durante il sonno importa un difetto nella coscienza, la cui soglia non è raggiunta allorquando la vescica distesa dell'urina, è obbligata a vuotarsi. È questo ottundimento di percezione cerebrale la grande causa dell'enuresi. La sua terapia è di un triplice ordine.

Primo: eliminare le condizioni morbose concomitanti locali, curare cioè, se del caso, la poliuria, l'iperdensità, l'iperacidità, la bacilluria, la cistite, la fimosi, gli ossiuri, un'eventuale irritazione del perineo con tutto quello che in simili casi si suol fare.

Secondo: ricostituire il bambino, con speciale riguardo al sistema nervoso. L'ottusità di percezione può essere in rapporto a ritardo di sviluppo e associato a mentalità arretrata, nel quale caso la somministrazione di glandola tiroide è indicatissima, oppure consecutiva a grave stanchezza fisica o mentale, o per convalescenza. L'adenoidismo, la posizione speciale a letto, la disposizione delle coperte possono indurre una deficiente ossigenazione dei centri cerebrali e ritardare la loro percezione; così pure attacchi epilettici notturni. Le abitudini di lavoro, di giuoco, di riposo vanno sorvegliate. L'arsenico è utilissimo con piccola quantità di stricnina. L'iniezione epidurale di siero fisiologico per influire sulla midolla, sebbene trovata efficace, non è giustificata da una sospetta alterazione dei centri spinali, e poi è troppo crudo procedimento.

Terzo: formare e rinsaldare un'abitudine di controllo sul desiderio di svuotamento della vescica. Occorre la cooperazione cordiale, continua, piena di abnegazione della madre o della governante. L'enuresi tende a ripetersi all'istessa ora della notte, ed è questa ora che bisogna saper determinare col sorvegliare il bambino di mezz'ora in mezz'ora durante il sonno notturno. Stabilita l'ora della minzione, prendere l'abitudine di svegliarlo e farlo urinare un quarto d'ora prima. Le abitudini si stabiliscono presto nell'infanzia, onde il fanciullo finirà con lo svegliarsi spontaneamente all'ora dovuta. Bisogna però stare attenti, per la riuscita di questo metodo, che le condizioni di vita e di attività, durante la veglia, la quantità di liquidi e di alimenti nella dieta si mantengano il più possibilmente costanti e uniformi. Esso cura rapidamente e bene.

N. GENTILE.

CENNI BIBLIOGRAFICI

In memoria di Camillo Bozzolo. — Scritti medici dei discepoli.

Camillo Bozzolo lascia ampia traccia di sè nella letteratura medica italiana ed una eredità di affetti, custodita da discepoli, che sono degni continuatori dell'opera del maestro.

Nel volume che, in memoria di C. Bozzolo, viene pubblicato a cura dei giovani e vecchi allievi della scuola medica di Torino, F. Micheli, successore del maestro nella cattedra di clinica medica generale, ricorda nella prolusione al suo corso, tutta l'opera di C. Bozzolo e della sua scuola, facendo una disamina della produzione scientifica, da cui la figura del maestro esce avvolta da fulgida luce. Nelle grandi linee tracciate limpidamente dal Bozzolo con la sua opera di ricercatore e d'insegnante il Micheli vede segnate le linee da seguire: le due missioni, professionale e scientifica, rimangono sempre scopi supremi della Clinica, pur tra le mutazioni che le varie epoche potranno determinare, nelle inspirazioni, nei pensieri, pur nelle situazioni nuove e diverse che i progressi sapranno creare.

A questa introduzione del volume, che gli allievi della scuola di Torino, allievi di tante generazioni, sparsi nelle varie regioni d'Italia, leggeranno con animo grato e commosso, seguono lavori originali e finora inediti di Graziadei, di Pescarolo, di Belfanti, di Borelli, di Fornaca, di Satta, ecc., su argomenti svariati.

t. p.

L. CALANDRE. *Anatomia y Fisiologia clinicas del Corazon.* S. Calleja, ed., Madrid, 1920.

Il volumetto fa parte delle monografie di medicina e biologia pubblicate sotto la direzione di Tapia, Marañon, Hernando. Tratta le nozioni di anatomia e di fisiologia del cuore, più direttamente utili al clinico, perchè le moderne vedute di cardiologia possano con maggiore facilità essere intese. E alle nozioni di anatomia e di fisiologia seguono in chiara esposizione i metodi di esplorazione grafica della funzione cardiaca.

L'elegante volumetto sarà di proficua lettura a studenti e a medici pratici, che in piccola mole devono trovare esposte nozioni moderne e necessarie.

t. p.

FRANK KIDD: *Common Infections of the Kidneys.* — Oxford medical Publications, 1920. — Prezzo 18 scellini netto.

L'autore tratta successivamente delle pielonefriti ematogene (le tubercolari escluse), delle prostatiti ematogene, delle orchiti ematogene, e di quelle forme di ulcerazioni della vescica dette spontanee che si hanno in seguito a svariate infezioni, a volte anche senza alcun fattore infettivo manifesto. Quindi tratta brevemente della tecnica dell'esame batteriologico delle urine, e termina con un capitolo di pura patologia delle infezioni urinarie al quale collega i fondamenti della cura vaccinica alla Wryght.

Tutti i capitoli sono molto importanti e bene rispecchiano i frutti del contributo così largo che l'Inghilterra e l'America hanno dato recentemente alle infezioni urinarie.

Ma due sono i punti che hanno speciale importanza: quello delle pielonefriti ematogene acute, colle forme estreme fulminanti e ambulatorie, benissimo descritte, e quello delle cistiti ulcerative circoscritte, dopo delle quali l'Autore tratta diffusamente della purpura vescicale ematogena colla descrizione completa di un caso tipico.

PIRONDINI.

HORSLEY and STURGE: *Alcohol and the human body.* — Macmillan, London, 1910.

In forma piana sono popolarizzati tutti i danni che l'alcool può determinare nell'umano organismo: è opera di propaganda igienica raccomandabile e che merita larga diffusione nei paesi in cui l'alcool è grave minaccia sociale per l'avvenire di intere popolazioni.

t. p.

VORONOFF dott. SERGIO: *Vivere.* Un vol. in-16 di 215 pagine con 39 tavole fuori testo. — Soc. an. editoriale dott. Quintieri, Milano. — Prezzo L. 12.

Le esperienze di Voronoff sono ben note a tutti, essendosene occupata, oltre che la stampa scientifica, anche quella politica. L'A. qui le espone e le illustra, animato dal desiderio di prolungare la vita e di ovviare ai penosi acciacchi della vecchiaia, rinnovando così l'antico sogno e rinfocolando la segreta speranza, che vive nel cuore di ogni uomo.

La morte si avanza spettrale, preceduta dall'affannosa vecchiaia, perchè le cellule connettivali prendono il sopravvento sopra quelle più perfezionate, più specializzate del nostro organismo, perchè manca lo stimolo dato dalla ghiandola interstiziale, che trovasi tra i tubuli seminiferi. L'innesto dei testicoli e quindi l'apporto di elementi giovani di ghiandola interstiziale ha per conseguenza il ringiovanimento dell'organismo; tali innesti erano già stati fatti in precedenza da altri; il Voronoff li ha continuati ottenendo risultati, che le vivaci descrizioni e le fototipie del libro mettono in evidenza. Non si può prevedere quale potrà essere l'avvenire di questa applicazione dell'endocrinologia, che rappresenta però un problema di alto interesse dal punto di vista della scienza, come della umanità.

È assai discutibile però la convenienza di volgarizzare i risultati di esperimenti e tentativi, che, per ora, non dovrebbero trascendere i limiti della pura discussione scientifica. Trasportarne la conoscenza e il dibattito tra i profani equivale a traviare il significato prima ancora che sia assodato ed a vellicare malsane curiosità e tendenze morbose.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanze scientifiche.

Le modificazioni anatomiche ed istologiche della cistifellea in seguito a legatura del coledoco ed a colecistoduodenostomia.

G. FORNI. — Ha compiuto una serie di ricerche sperimentali, che lo hanno condotto ad un certo numero di conclusioni che si presentano anche non prive di applicazioni pratiche. Interpreta le alterazioni anatomiche ed istologiche e il loro modo di succedersi e di svilupparsi, ricordando anche le esperienze analoghe del Bignami e del Monari. Gli animali in esperimento sono stati osservati dopo vario tempo l'operazione e anche dopo i 130 giorni. (*Comunicazione del 21 gennaio* 1921).

Sopra un caso di torsione del testicolo osservata in un pseudo-ermafrodita.

A. PIGNATTI. — Trattasi di una bambina di 14 anni, inviata in clinica per ernia strozzata, mentre il disserente fece al contrario diagnosi di torsione del testicolo, e rilevava una forma teratologica dei genitali. L'atto operativo mostrò che nel labbro di destra, sviluppato come un piccolo scroto, trovavasi un testicolo (riscontrato poi istologicamente), il quale aveva rotato di mezzo giro attorno al peduncolo costituito dalla porzione iniziale del cordone spermatico. E qui il Pignatti descrive la vaginale, l'epididimo, ecc., e poi s'intrattiene sulla patogenesi della torsione. Quanto alla malformazione dei genitali, a sinistra notavasi il grande labbro di sviluppo normale e con pigmentata cute, fra le due labbra un pene normale, lungo cm. 4,5 in riposo e cm. 6 nell'erezione, con meato urinario impervio e glande e prepuzio bene sviluppati. Dalla faccia infe-

riore del glande, si diparte una briglia longitudinale che incurva il pene; essa si biforca in due pieghe come due piccole labbra, che limitano l'ostio. Quivi si aprono due orifici: il superiore è l'uretrale, l'inferiore è la vagina, lunga cm. 8. L'esame somatico mostra: estremità assai sviluppate, testa grossa, collo corto, mammelle atrofiche, bacino normale muliebre; voce femminile. È presumibile trattarsi di un pseudo-ermafrodita maschile. (*Comunicazione del 4 febbraio* 1921).

Sulla asserita esistenza di cellule a tipo endocrino (cromaffini, argentaffini) nell'epitelio intestinale.

A. Corti. — Esposizione del problema. Esperienze personali. Reperti negativi. (*Comunicazione del 4 febbraio* 1921).

V. Neri. — *Le alterazioni della vertigine galvanica nell'emicrania.* (*Comunicazione del 4 febbraio* 1921).

Trapianti ossei sulla mandibola.

C. Cavina. — Trattasi di tre casi di trapianto osseo autogeno praticato su mutilati della mascella inferiore per ferita di guerra.

Nel primo caso ha eseguito il trapianto peduncolato secondo il metodo Krause-Pichler leggermente modificato. La «perdita di sostanza» misurava cm. 3 ½ e aveva sede nel ramo orizzontale sin. della mandibola. Operazione: trapianto per scivolamento di una stecca ossea prelevata dal margine inferiore del frammento anteriore del mascellare; fissazione del trapianto ai frammenti mandibolari mediante sutura ossea con catgut; «blocco» delle mascelle. Guarigione per prima dopo 9 giorni. Consolidazione dopo 10 settimane. Completa reintegrazione funzionale della mascella.

Negli altri due pazienti ha eseguito il trapianto libero, prelevando la stecca ossea dalla tibia. In uno la perdita di sostanza era di cm. 3 ½, nell'altro di 4 cm. Operazione: preparazione dei monconi, prelevamento del trapianto dalla faccia anteriore della tibia: fissazione di questo ad intarsio nei frammenti mandibolari, rinforzata da sutura ossea con catgut e mediante sutura del periostio al periostio mascellare e alle parti molli circostanti; immobilizzazione delle mascelle con «blocco» intermascellare protratto per 3 mesi. Guarigione per prima in entrambi. Consolidazione dopo 5 mesi nel primo, dopo 7 mesi nell'altro. Reintegrazione anatomica, funzionale ed estetica in entrambi.

Ha operato sempre sotto anestesia locale; insiste sul grande vantaggio di questa sulla narcosi generale, perchè con essa si evita qualsiasi contaminazione del campo operatorio per saliva, escreato, vomito da parte del paziente. (*Comunicazione del 21 febbraio* 1921).

Dott. G. M. Piccinini.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche - Milano.

Seduta del 26 aprile 1921.

Presidenza: dott. V. Ronchetti, vice-presidente.

La diagnosi delle stenosi ileo-coliche da posizione.

A. Maiocchi. — L'O. riassume i concetti nuovi intorno alle stenosi ileo-coliche da posizione e spiega le ragioni per le quali il Donati credette opportuno di riunire quei disturbi che già si descrivevano nel capitolo della stasi intestinale cronica (Lane).

Nelle stenosi da posizione le alterazioni anatomiche sono molte e varie e possono riassumersi sotto il trinomio: ptosi - ectasie - aderenze.

Clinicamente la diagnosi non è sempre facile. A questo proposito l'O. riferisce due casi con sintomatologia pressochè uguale, mentre nell'uno si trattava di una stenosi da posizione, nell'altro di una stenosi da tubercolosi.

Sull'avvelenamento professionale da mercurio.

L. Devoto. — Si tratta di due gagliardi e sani operai, che applicati al lavoro delle saldature a mercurio in una fabbrica di accumulatori vennero colti dai segni dell'avvelenamento dopo circa tre mesi dall'assunzione del lavoro. Ciò che ha spinto l'O. a comunicare l'osservazione fatta nella Clinica è la quasi perfetta identità sia dell'inizio della intossicazione nei due colpiti, sia del decorso, sia dell'esito pienamente favorevole, perchè i due malati sono, per ora convien dire provvisoriamente, guariti dopo una degenza di 3-4 settimane in Clinica.

Il quadro tossico si iniziò con una modestissima stomatite, a cui seguì debolezza fisica di alto grado, depressione psichica, tremore, cefalea e vertigini. In entrambi presenza di mercurio nell'urina, in entrambi nessuna diminuzione della pressione.

Da parte del sangue sensibile aumento dei corpuscoli rossi, più rimarchevole nel malato che restò un po' più a lungo sofferente, con diminuzione della materia colorante del sangue ed in entrambi presenza di abbondanti granulazioni nei linfociti.

L'uso dei bagni caldi, dei derivativi intestinali, dei preparati iodici ha determinato il rapido miglioramento.

È singolare il fatto della identità del decorso che l'O. mette in rapporto colla prestanza fisiologica dei due colpiti, è significativo il modo di contenersi sia dei corpuscoli rossi, sia dei corpuscoli bianchi, il che dimostra che non è esaurito nè compiuto, come si è creduto, lo studio della intossicazione professionale da mercurio.

L'influenza della diaforesi sull'urea e sui cloruri del sangue.

L. Preti e A. Vinaj. — Gli OO. hanno stabilito con ricerche opportunamente condotte sull'uomo che la diaforesi prolungata per non meno di mezz'ora può modificare la concentrazione dell'urea e dei cloruri del sangue.

La concentrazione dell'una e dell'altra sostanza

può aumentare o diminuire e questo fatto è riferito dagli OO. ad una peculiare permeabilità cutanea variabile da individuo ad individuo.

Superinfezione sifilitica.

T. Scomazzoni. — Caso particolarmente dimostrativo di superinfezione sifilitica. In una giovane di 20 anni, con sintomi manifesti di sifilide ereditaria (deformazioni dentarie e vitiligine), sopravvennero lesioni di sifilide ereditaria tardiva sotto forma di gomme ulcerate alle gambe. Mentre queste alterazioni erano in piena evoluzione comparve (in seguito a coito infettante) un tipico sifiloma ricchissimo di spirochete, accompagnato da adenopatia satellite, al piccolo labbro di sinistra, con cefalee e malessere generale. Qualche settimana più tardi, mentre la cura specifica non era ancora intervenuta, sopravvennero placche mucose in faringe ed alopecia diffusa.

La paziente ignorava la sifilide ereditaria.

Sottoposta a cura specifica scomparvero in breve tempo sia le manifestazioni gommose della forma antica ereditaria che quelle della sifilide nuova sopraggiunta.

C. Vallardi.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 27 maggio 1921.

Presidenza, prof. Barduzzi, presidente.

Larva di hypoderma nella camera anteriore.

Prof. A. Bietti. — Si trattava di una bambina di 10 anni che si presentò alla Clinica con fenomeni irritativi intensi ad un occhio accompagnati da dolori forti e da ipertonia e con *Visus* ridotto alla percezione del movimento della mano. Estratta la larva (che venne riconosciuta per una larva di *hypoderma*, non esattamente identificabile se d'*hyp. bovis* o *lineatum*), scomparvero i fenomeni infiammatori, i dolori e l'ipertonia ed il Visus aumentò fino ad 1/8. Anche negli altri 6 casi esistenti nella letteratura si trattava di larva d'*hypoderma* (nei casi almeno in cui l'identificazione della larva fu possibile) e l'affezione si osservò sempre in bambini d'età non superiore ai 10 anni.

Tre casi di forma benigna di «Cheratomicosi» con ifomiceti non ancora rinvenuti nella cornea.

Prof. A. Bietti. — L'O. aggiunge altri tre casi ai 7 esistenti nella letteratura e richiama l'attenzione sui caratteri di questa forma, che guarisce in due-tre giorni colla rimozione del focolaio micotico, mentre abbandonata a se stessa può durare anche due mesi. Nei cinque casi non appartenenti alla Clinica di Siena l'agente patogeno era rappresentato dall'*Aspergillus fumigatus*. Nei cinque della Clinica di Siena è stato osservato invece ciascuna volta un ifomicete diverso e cioè l'*Aspergillus fumigatus* ed il *Mucor cornealis* nei primi due casi, e l'*Aspergillus flavus*, il *Trichocladium asperum*, e lo *Sporodesmium punctans* negli ultimi tre. Oltre il *Mucor cornealis* anche i due ultimi ifomiceti non furono mai rinvenuti nella cornea. La forma benigna di «Cheratomicosi» può essere adunque data da varî ifomiceti.

Produzione di stenosi dei grossi vasi mediante resezione elittica longitudinale e sutura della parete.

Prof. F. Nassetti. — È un 3° processso di tecnica che l'O. ha studiato sperimentalmente nei cani sulle carotidi (4), sulle giugulari (4) esterne, sull'aorta (2) e sulla cava addominale (2). Isolato un segmento del vaso si provvede all'emostasi temporanea mediante trazione su questo con due sottili striscie di gomma, poste l'una a monte e l'altra a valle. Pizzicata con pinze la parte vasale se ne reseca con forbici curve un lembo elittico longitudinale, più o meno lungo e più o meno largo secondo il grado della stenosi che si vuole produrre, quindi si suturano i margini della breccia (sutura continua a sopragitto). Tolti i lacci potè sempre constatare che attraverso il tratto stenosato permaneva la circolazione. Nelle forti stenosi sull'aorta si palpò nella parte distale una netta sensazione di fremito. Gli animali furono sacrificati a varia scadenza di tempo (massimo: giorni 98). L'esame macroscopico dei pezzi anatomici dimostrò in tutti i casi (eccezione di una carotide che fu trovata trombizzata) il lume del vaso rimasto pervio, la stenosi conservata, l'endotelio di aspetto normale a livello della cicatrice, segnata dai punti di seta che si vedevano per trasparenza. Microscopicamente nel segmento stenosato si vede una cicatrice, corrispondente alla linea di sutura. Si assiste alla ricostruzione di un'intima normale e alla rigenerazione parziale della tunica muscolare. Nel tratto di vaso (arterie) che, rispetto alla direzione del circolo, sta subito a monte della stenosi si osservano fatti di iperplasia degli elementi costituenti le tuniche.

Afferma che questo terzo processo studiato è più chirurgico degli altri due perchè, oltrechè permettere di portare la stenosi al grado che si desidera, dà maggiore affidamento sia per il minor pericolo della trombosi, sia per il lungo permanere della stenosi.

Associazione Medica Triestina.

Adunanza scientifica dell'11 aprile 1921.

Presid.: Prof. Nicolich - Segret.: Dott. Porenta.

Il dott. Freund presenta una bambina, che dimostrò nell'adunanza del 24 gennaio, perchè affetta da *bromoderma tuberoso alla gamba*. La bambina è guarita sospendendo l'uso del bromuro. Inoltre il dott. Freund presenta un ammalato di una rara forma di *lue refrattaria al mercurio*.

Il dott. Manzutto dimostra un caso di *esoftalmo pulsante*.

Il prof. Nicolich una bambina di 1 anno, sana, figlia di padre ignoto e di madre luetica, affetta anche da *lupus*.

Il prof. Canestrini fa la storia clinica e formula la diagnosi di sede di un *tumore del lobo frontale*

sinistro del cervello. In base alla diagnosi la donna venne operata dal dott. OLIANI di asportazione del tumore dalla massa cerebrale. Il tumore si palesò all'esame istologico per un sarcoma. Il dottor OLIANI presenta la donna operata alla quale sono scomparsi tutti i disturbi ed i sintomi morbosi, tranne ancora una leggera papilla da stasi. L'oratore presenta poi un preparato di glioma del midollo.

Il dott. DOLCETTI presenta un operato di *resezione circolare dello stomaco per ulcera della piccola curvatura.*

Il dott. FREUND parla intorno all'*acanthosis nigricans,* malattia cutanea molto rara che consiste in una degenerazione papillomatosa della pelle con iperpigmentazione. In letteratura sono noti solo 57 casi. La malattia si accompagna spesso al carcinoma (addominale). L'oratore presenta una ragazza di 18 anni affetta di acanthosis e propone come cura la radioterapia e l'organoterapia in vista dell'ipotrofia dei genitali interni riscontrata. Il dott. FERRARI dimostra il preparato istologico del caso. Invitato dalla Direzione parla il dottore in veterinaria FARETIN, il quale osserva come tale malattia sia stata osservata anche nel cane. Il prof. SINVELKA ha pubblicato 7 casi uno dei quali associato al carcinoma.

Adunanza scientifica del 25 aprile 1921.

Il dott. FREUND presenta il caso di *lue refrattario alla cura mercuriale* presentato nell'adunanza dell'11 aprile. L'ammalato dopo solo due iniezioni di neosalvarsan è molto migliorato.

Il dott. ANGELO LUZZATTO presenta una bambina di un anno affetta da *mixedema congenito,* rilevando l'effetto favorevole di una cura con la tiroidina. Il dott. OLIANI presenta una donna operata con esito brillante per una *fistola broncobiliare.* La malattia è rarissima. Nella letteratura mondiale non se ne conoscono che 40 casi, molti dei quali finirono con esito letale. L'oratore illustra ampiamente la tecnica operatoria da lui usata, che portò il caso a guarigione. Inoltre presenta un uomo affetto di un tumore del cervello con usura della scattola cranica, ne discute i sintomi riservandosi dopo un ulteriore periodo di osservazione d'intervenire operativamente. Lo stesso caso viene discusso dal lato radiologico dal dott. GORTAN, il quale presenta parecchi radiogrammi. Il dott. R. LIEBMANN presenta due preparati di *gravidanza extrauterina* interessanti dal punto di vista diagnostico. Il dott. MESTRON presenta il preparato anatomico di una *lesione necrotica della vagina* con endometrite settica dopo un aborto criminoso. Dimostra poi un caso da lui operato d'urgenza per *emorragia dell'arteria uterina* causata da una erosione per gangrena, dopo un aborto criminoso, con perforazione del collo. L'ammalata è in via di guarigione.

Il dott. PORENTA parla di un caso consimile di *perforazione del collo interessante il parametrio* dimostrando il preparato dell'utero gravido al terzo mese da lui ottenuto coll'isterectomia. L'ammalata è guarita. Il dott. GRISOGONO dice che nelle gravidanze extrauterine anche l'anamnesi più esatta può essere insufficente. Riferendosi al caso del dott. MESTRON ritiene giustificata l'operazione demolitrice. Ricorda poi un caso da lui osservato nel quale era stata prodotta una lesione lunga quindici centimetri, alla flessura sigmoidea con scotennamento siero-muscolare senza perforazione del lume della mucosa che pendeva come un sacco nel piccolo bacino.

Dott. PORENTA.

Società Eustachiana.

Libera Università di Camerino.

Adunanza del 31 maggio 1921.

Sulla sporotricosi sperimentale.

G. PACINOTTI. — L'O. mostra delle coltura di sporotricosi, dei preparati istologici e dei reperti anatomo-patologici sul *mus decumanus* e *mus musculus,* ottenuti per inoculazioni sottocutanee e peritoneali.

G. S. AGATA. — Mette in evidenza l'importanza anche dal lato clinico, avendo fin dal 1911 fatto ricerche sull'argomento in un caso di periostite del mascellare superiore in quanto le lesioni sporotricosiche possono simulare lesioni sifilitiche e tubercolari.

Sul comportamento intraorganico del cloridrato di pirolina.

P. SACCARDI. — L'O. riferisce che, continuando i suoi studi sul pinolo e melanuria, il cloridrato di pirolina mentre non dà in vitro nessuna delle nozioni comunemente ottenute col pinolo, pure anche esso, al pari degli acidi carbopinolici, dell' = α — α = dimetilpinolo e del pinolo induce melanuria, se iniettata sotto cute negli animali da esperimento; sembra anche che l'area del derma iniettata, si colori in bruno alla luce, analogamente agli altri composti sopraricordati. Il melanogeno concentrato e separato da molte altre sostanze contenute nelle orine, mostrasi degli stessi caratteri del melanogeno estratto da orine melanotiche umane.

Dell' = α — α = dimetilpinolo.

E. FILIPPI. — L'O. riferisce che avendo iniettato in varî conigli soluzioni acquose di = α — α = dimetilpinolo del titolo di g. 0.20 in media, ha osservato una estesa zona di pigmentazione corrispondente al punto di iniezione, sulla quale, praticate sezioni istologiche, previo indurimento alla formalina, col microtomo congelatore, si vede una elettiva colorazione nero-ebano delle radici e dello stelo dei peli, senza che vi compaiano colorazioni sulle guaine del follicolo del pelo e nemmeno negli elementi connettivali. Mostra indi i varî preparati e si riserva di ritornare sull'argomento dopo altre osservazioni.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Forme cliniche e diagnosi della meningite tubercolare.

La forma tipica si osserva nel bambino. Vi è un *periodo prodromico*, con alternative di diarrea e di costipazione, dimagrimento, leggera elevazione termica vespertina, sintomi nervosi (cambiamento di carattere, cefalea intermittente, inattitudine al lavoro, allucinazioni notturne). Segue il *periodo di eccitazione cerebrale diffusa*: il malato ha la posizione del cane da caccia, con la schiena volta alla luce, si lamenta con grida inarticolate, specialmente di notte. Tre sono i sintomi principali: *cefalea* intensa, gravativa, esacerbata dai movimenti, dalla luce: *vomiti* senza sforzo, a tipo cerebrale: *costipazione* ostinata. Si hanno disturbi sensitivi (iperestesia) motori, a tipo di contrattura (rigidità della nuca, Kernig, retrazione dell'addome, costipazione: le convulsioni sono limitate ad un gruppo muscolare), sensoriali (fotofobia: con l'oftalmoscopio si osservano tubercoli della coroide), vasomotori (riga meningitica), psichici (terrori notturni), generali (temperatura verso 38°.5, dimagrimento notevole).

Dopo circa 8 giorni, si passa al *periodo basilare*, in cui si nota come una remissione: la temperatura è di 37°.5-38°, il polso si fa meno frequente. Si nota: ptosi, strabismo divergente o, più spesso, convergente, ineguaglianza pupillare, striscia meningitica, respirazione ineguale.

Dopo altri quattro giorni, si passa al *periodo di paralisi e di coma*, corrispondenti a localizzazione nel bulbo. Si hanno convulsioni generalizzate, a tipo epilettico, paralisi (mono od emiplegie), temperatura elevata, polso frequente, filiforme e finalmente il coma, con rilasciamento degli sfinteri, sudori vischiosi. La durata di questo periodo è di 36 ore circa.

Nel poppante (*Le Scalpel*, 10 aprile 1921) possono aversi le forme: *convulsiva* (prodromi gastro-intestinali, convulsioni, a cui succedono dopo 24 ore, rigidità della nuca, tensione della fontanella, coma); *emiplegica* (succede pure a convulsioni): *sonnolenta*. La diagnosi comprende particolarmente le altre cause di convulsioni (trauma ostetrico, sifilide ereditaria, eruzione dei deni, crisi di gastro-enterite, malattie infettive all'inizio); la puntura lombare potrà togliere ogni dubbio.

Nell'adulto, la meningite tubercolare è essenzialmente secondaria e può rivestire la forma delirante cefalalgica, tifoide, emiplegica, jacksoniana, tetanica.

Nel vecchio si rivela spesso sotto forma di coma.

La diagnosi, nell'adulto, è assai vasta e comprende tutte le altre meningiti, la tifoide, l'influenza, il delirium tremens, l'epilessia jacksoniana, la sifilide ed il reumatismo cerebrale, l'uremia, l'encefalite epidemica: è necessario un esame clinico ed eziologico dei più accurati. La puntura lombare può fornire qualche lume; si ottiene un liquido chiaro, che fuoriesce con ipertensione, ricco di linfociti e d'albumina (coagulazione). Nella meningite cerebro-spinale, il liquido è torbido, con polinucleosi e meningococchi: nella forma meningea della poliomielite, si ha pure liquido chiaro, con poca o punta albumina: all'esame batteriologico (inoculazione in animali) non si hanno bacilli di Koch.

Nella meningite sifilitica, che ha molti punti di contatto con quella tubercolare, il liquido è chiaro, con albuminosi più marcata: la Wasserman è positiva. *fil.*

Inizio improvviso dei sintomi di peritonite tubercolare.

Una donna di 24 anni venne presa da gravi dolori addominali; quando questi cessarono, l'addome andò gonfiandosi rapidamente, sicchè alla fine di una settimana era grosso quanto al sesto mese di gravidanza. L'addome venne trovato pieno di liquido: vi era una certa pastosità sotto l'ombelico, e si avvertiva una resistenza in ambedue i fornici. C. Mac Laurin (*Med. Journ. of Australia* e *Medical Review*, maggio 1921) diagnosticò peritonite tubercolare.

L'atto operativo non fu agevole per la grande massa dell'omento ingrossato, che stava a traverso la parete dell'ipocondrio; dopo averlo diviso ed in parte spostato, si potè penetrare nella cavità peritoneale, che fu trovata piena con circa 2 litri di un liquido limpido, giallo pallido.

Le trombe, ingrandite ed aderenti, composte di masse tubercolari vennero asportate; il peritoneo viscerale e parietale era ricoperto da tubercoli disseminati; l'omento era una massa raggrinzata ed aderente.

Ciò che vi è di notevole in questa osservazione è la rapidità con cui si sono manifestati i sintomi, essendo la peritonite un processo di solito lento e cronico.

fil.

I sali di cerio nel trattamento della tubercolosi.

A. Frouin (*Acad. d. sciences*, 14 giugno 1919) aveva da tempo studiato l'azione dei sali di terre rare sul bacillo tubercolare, nel quale quelle del gruppo del cerio provocano variazioni delle sostanze grasse; egli aveva inoltre osservato che dette sostanze, introdotte nelle vene o nel peritoneo del coniglio e della cavia inducono una intensa e progressiva leucocitosi mononucleare. Questi fatti, aggiunti alla non tossicità di tali prodotti, indussero H. Grenet e H. Drouin (*Paris méd.*, 26 marzo 1921) a tentare di applicare questi sali nella cura della tubercolosi.

Per via endovenosa, si usa la soluzione acquosa al 2 % di solfato di didimio, incominciando con 2 cmc. e salendo gradatamente a 4. Si fanno diverse serie di venti iniezioni quotidiane (negli individui affaticati solo a giorni alterni) intercalando periodi di riposo di altri venti giorni.

Per via sottocutanea (od endomuscolare) si usa la soluzione al 2 ‰ in mezzo lipoidico-fosforato.

Azione sul sangue. Leggera ed incostante elevazione del numero delle emazie. Aumento notevolissimo dei leucociti (anche oltre 50,000 per mmc.) che ritornano al normale solo dopo 15 giorni: modificazione della formola leucocitaria (polinucleari sotto il 60 %, mononucleari a 25-30 %); è specialmente importante l'aumento dei mononucleari, tenuto presente la parte che questi prendono nella formazione delle cellule fisse del connettivo e nelle reazioni di difesa della tubercolosi (cellula gigante). Con la soluzione lipoidica, non si ha che scarsa leucocitosi, ma si ha ugualmente mononucleosi.

Azione sui bacilli. Questi subiscono modificazioni morfologiche (diventano lunghi, ramificati, granulosi) e tintoriali (prendono male lo Ziehl). Qualunque sia il significato che si vuole attribuire a questo fatto, i bacilli diminuiscono e scompaiono, di pari passo con l'espettorazione, che si fa più fluida, diminuisce e cessa; dopo un certo tempo con l'iniezione degli sputi non si ha più tubercolinizzazione della cavia.

Risultati clinici. Ritorno delle forze, dell'appetito, diminuzione delle suppurazioni (nelle forme chirurgiche), progressiva cicatrizzazione.

Il metodo va applicato quando le lesioni non sono ancora estese e lo stato generale è discreto; soltanto nelle forme croniche ed apiretiche, e comunque va sempre sospeso nei possibili attacchi febbrili acuti. Le serie vanno ripetute a lungo: spesso i primi accenni al miglioramento si hanno verso la fine della seconda; poi esso continua.

Oltre che nella forma polmonare si ottengono buoni risultati nelle tubercolosi locali (H. Grenet, S. Bloch e H. Drouin, *Soc. méd. des Hôpitaux*, 25 nov. 1920; Hudelo, *ibidem*) ossee, ghiandolari, cutanee, faringo-laringee, lupus. Nel caso di adeniti si inietta il solfato di didimio a 1 % nella cavità ascessuale; per i tubercolidi. si fanno anche applicazioni locali di cloruro di didimio al 2 % (H. Grenet e H. Drouin, *Presse médicale*, 23 febbr. 1921). Nelle forme chirurgiche, dopo l'intervento, i sali di cerio consolidano la guarigione.

Crediamo doveroso di segnalare questi nuovi tentativi terapeutici, per quanto debbano essere considerati con qualche scetticismo.

fil.

Cura delle diarree dei tubercolotici.

P. Lassablière (*La Médecine*, maggio 1921) consiglia di mettere gli ammalati ad una dieta composta esclusivamente di latte condensato, zuccherato e diluito con quattro parti di acqua di riso; se ne dà una tazza ogni 2-3 ore, in modo che l'ammalato finisca col prenderne 1-2 litri in 24 ore, badando che non prenda altro, nè liquido, nè solido.

Quando si è ridotti ad una sola scarica giornaliera (ciò che si ottiene il più spesso in 2-3 giorni) si continua ancora la stessa dieta per altri 2-3 giorni, associandovi poi brodi magri, pastina, purée di patate. Con tale trattamento, secondo l'A., i disturbi intestinali scompaiono, la lingua si pulisce, i malati aumentano di peso.

fil.

SEMIOTICA

La xantocromia del liquido cereoro-spinale.

La xantocromia del liquido cefalo-rachidiano dipende dalla presenza di bilirubina formatasi per l'attività delle cellule delle meningi sull'emoglobina. (Erich Leschke. *Deutsche medizinische Wochenschrift*).

La dimostrazione della bilirubina nel liquido si fa mediante la diazoreazione indiretta (Heiyeman van den Bergh). Il liquido xantocromo ha la proprietà della bilirubina di assorbire l'ossigeno.

La xantocromia del liquido cerebro-spinale fu descritta finora in 310 casi. Si trattava sempre di processi infiammatorii emorragici del sistema nervoso centrale o delle meningi, che colla compressione formavano spazi chiusi.

La xantocromia si osserva in tutti quei casi nei quali vi è immissione di eritrociti nel *liquor*. La formazione di bilirubina avviene, come negli altri essudati emorragici, in pochi giorni.

La sindrome di Froin, xantocromia e coagulazione (spontanea o in seguito all'aggiunta di siero) si trova in un quinto circa dei casi di xantocromia. È indice frequente della presenza di una sarcomatosi diffusa delle meningi.

barz.

EPIDEMIOLOGIA

Anofeli che non pungono l'uomo.

B. Grassi (*R. Accad. d. Lincei*, vol. xxx, ser. 5ª, sem. 2°, fasc. 2°, luglio 1921) ha riconosciuto l'esistenza di anofeli che non pungono l'uomo. Appartengono alla solita specie *claviger* (s. *maculipennis*). Pullulano in quantità strabocchevole negli Orti di Schito, fra Torre Annunziata e Castellammare di Stabia, dove G. Rossi aveva riconosciuto un tipico esempio di anofelismo senza malaria. Ivi si è differenziata una *razza biologica* (cioè senza caratteri morfologici per ora riconoscibili), la quale sfugge l'uomo; le punture che l'uomo riceve in numero straordinario in quella località, vengono prodotte esclusivamente dai *Culex*. Solo quando gli anofeli sono tenuti digiuni in ambiente chiuso, si adattano a pungere l'uomo, dopo di aver tentato a lungo di fuggire; non lo fanno *mai in natura*, probabilmente perchè adattatisi ereditariamente a nutrirsi sugli animali domestici (maiale, bue, cavallo, ecc.).

Il fatto è stato accertato con accuratissime e prolungate ricerche dal prof. Grassi unitamente al dott. Weiss ed al tecnico Neri e confermato dal dott. Grandi.

Grassi aveva già osservato che in alcune località fredde gli anofeli pungono poco l'uomo; egli aveva spiegato questo rilievo ammettendo un *termotropismo positivo*: cioè gli anofeli sarebbero attratti dalle stalle, perchè calde. Ora però l'illustre malariologo ha riconosciuto l'esistenza di una razza *misantropa*.

Ne era già sospettata l'esistenza da Roubaud, ma era stata messa in dubbio da Wesenberg.

Il fatto concorre a spiegarci l'anofelismo senza malaria, fenomeno complesso e che riconosce cause svariate (ad esempio, in altre località anofeliche non malarigene gli anofeli pungono moltissimo l'uomo: così a Massarosa).

Dalla famosa equazione *uomo malarico* + *anofele* + x + y + z = *malaria*, tendono a sparire le incognite: nel caso di Schito, esse equivalgono a zero!

L. V.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1370) *Azione dello strofanto sul miocardio.* — All'abb. n. 1239:

Il fatto principale su cui è basata l'azione eccitante sulla *contrattilità muscolare cardiaca della strofantina* è che essa si mostra attiva sul cuore dell'embrione di pollo *prima della comparsa di elementi nervosi*. Ciò fu dimostrato da Balfour (*Elementi d'embriologia*, Paris, 1877) e da Niss junior (*Untersuchungen ueber die erste Anlage der Wirbelthiere*, p. 19, Berlin, 1893).

Il cuore di pollo sviluppato direttamente nelle uova tenute in termostato a 37° C. (fra 36 e 72 ore d'incubazione) *non contiene alcun elemento nervoso*, e si presta bene per dare una prova farmacologica dell'origine miogena dell'attività ritmica del cuore. Si riscontri il lavoro del dott. Leo Grillo, *L'azione dei cardiocinetici sul cuore embrionale.* Ricerche eseguite nell'Istituto di Farmacologia sperimentale e di Chimica Fisiologica della R. Università di Roma. Prof. G. Colasanti, vol. V, 1900, Roma, Tipografia Centenari ».

G. NARDELLI.

(1371) *La eccitabilità elettrica dei nervi e dei muscoli nelle neuriti.* — All'abb. n. 1239:

Nei processi neuritici cronici di antica data può aversi una degenerazione completa del tronco nervoso colpito e conseguentemente il reperto elettrodiagnostico non è simile a quello che si ha nella sezione totale dei nervi senza sutura e consecutiva rigenerazione: la eccitabilità elettrica dei nervi e dei muscoli dopo aver subito varie modificazioni scompare del tutto.

È ovvio che la ineccitabilità dei muscoli è in rapporto con l'atrofia e la degenerazione del tessuto muscolare.

La eccitabilità galvanica diretta dei muscoli, con reazione degenerativa, è la più persistente, e di solito scompare completamente quando il tessuto contrattile è del tutto distrutto.

G. DRAGOTTI.

(1372) *Preparazione dello yogurt.* — All'abbonato n. 10,964:

Per preparare lo yogurt procurarsene un campione dal commercio, e metterne un po' in latte bollito e raffreddato, il quale va tenuto a un conveniente tepore, ad esempio in un canto del focolare.

Ripetere l'operazione ogni giorno.

Per il latte kefirizzato procurarsi i grani di kefir. Questi si tengono per 5 ore in acqua tie-

pida ove si rigonfiano e vengono a galla; si lavano e si uniscono al decuplo in peso di latte bollito e raffreddato a 20°. Si agita di frequente. Ogni 5-6 giorni si rinnova il latte sino a che l'odore del miscuglio diviene quello del latte acidificato e sino a che tutti i grani rimangono a galla. Questi sono allora pronti per la preparazione del kefir.

Dopo seccati si uniscono con 10 parti di latte bollito e raffreddato a 20°, lasciandoveli per circa un giorno durante il quale si deve agitare più volte. Indi si passa attraverso garza e i grani si fanno essiccare e si conservano.

Si prendono 75 cmc. del liquido e si versano in una bottiglia di vetro forte la quale si riempie con latte bollito e raffreddato. Si tappa legando con filo di ferro e si mantiene a circa 15° C. per 2-3 giorni, scuotendo di quando in quando la bottiglia. Allorchè la schiuma che si forma è persistente il kefir è pronto. (Da De Giaxa, *Manuale d'Igiene*).

G. Sampietro.

(1373) *Liquore d'Uzara*. — All'abb. n. 14123:

È preparato con la radice di una pianta della famiglia delle Asclepiadee, che cresce in Africa: usato dagli indigeni come antidiarroico ed antidissenterico. Al principio attivo è stato dato il nome di *Uzaron*. A. Filippini.

(1374) *Sulla malaria di Macedonia e d'Albania*. — All'abb. n. 1983:

Non sono pubblicate opere d'assieme sulle forme cliniche della malaria macedone o albanese. Negli *Annali di Medicina Navale* potrà trovare in un articolo del Castellani (1918) accennate tutte le sindromi morbose attribuite nei paesi orientali alla malaria.

La letteratura diffusa sui giornali è indicata nel lavoro del Pontano: *Esame delle più importanti acquisizioni nel campo della malaria*. (*Policlinico*, Sez. medica, 1920). *t. p.*

(1375) *Sul pneumotorace terapeutico*. — Al dott. Corradino Angelini, Udine:

Per il pneumotorace artificiale terapeutico consigliamo, oltre il Breccia (esaurito):

L. Bernard: *Le Pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*. Baillière e Fr., Paris, 913.

Dumarest: *La pratique du Pneumothorax thérapeutique*, Masson, Paris, 1919.

H. Frey: *Der Künstliche Pneumothorax*. Fr. Deutcke, Leipzig, 1921. *t. p.*

(1376) All'abb. n. 11955:

Sulla cura degli angiomi con la neve carbonica si può consultare: Garzella: « Contributo alla terapia di alcune dermatosi con la neve carbonica ». *Giornale it. delle malattie veneree e della pelle*, 1920, p. 545.

Per la cura degli angiomi in genere cfr. Bélot: « Traitement des angiomes par l'électrolyse ». *Société française d'Electrothérapie et de Radiologie médicale*, 16 aprile 1914.

V. Montesano.

(1377) All'abb. n. 2691:

Il trattato d'oftalmologia del Fuchs è notissimo in Italia nella traduzione del prof. Cirincione del 1902.

Questa edizione italiana fatta dalla Casa Pasquale di Napoli è in atto completamente esaurita.

Solo in via d'occasione è possibile trovare in commercio qualche copia disponibile.

L. Maggiora.

(1378) All'abb. n. 10564:

Sono buoni manuali pratici di igiene:

De Giaxa: *Manuale d'Igiene*. Casa Ed. Francesco Vallardi, Milano.

Rubner: *Trattato d'Igiene*. Soc. Ed. Libraria, Milano.

Pagliani: *Trattato d'Igiene e di Sanità pubblica*. Casa Ed. Francesco Vallardi, Milano.

g. s.

(1379) Al dott. C. T., Capizzone:

Un Trattato uscito quest'anno, breve ed utile al medico pratico, è quello di Rathery: *Régimes*. Esso fa parte della collezione del Sergent, Ribadeau Dumas e Babonneix e contiene anche nozioni di igiene a cura di Lemoine. È edito da Maloine, Paris. *t. p.*

VARIA

L'orecchio e i bagni di mare.

A. Rovinsky (*Medical Record*, 2 luglio 1921) mette in guardia contro la frequenza con cui i bagni di mare determinano affezioni acute dell'orecchio o riattivano affezioni croniche.

Il maggior lavoro professionale degli otoiatri nei mesi di luglio a settembre, deve attribuirsi al mare!

Si tratta di affezioni svariate, che vanno da semplici foruncolosi del dotto uditivo esterno alle mastoiditi, passando per le miringiti, le salpingiti, le otiti esterne e medie catarrali e suppurative, ecc., create *ex-novo* o ridestate dal loro stato quiescente.

L'A. crede che intervengano più cause nel produrre questo risultato: l'azione del freddo

in soggetti predisposti, l'azione irritante dell'acqua (è attestata, per es., dallo *shock* sensoriale che si avverte quando il naso e la gola si riempiono d'acqua di mare), l'inquinamento dell'acqua in vicinanza delle città che scaricano le fogne nel mare, od anche di stabilimenti molto frequentati.

Sulla tromba di Eustachio e sull'orecchio medio l'azione irritante ed infettante dell'acqua si eserciterebbe quando questa viene aspirata nell'orecchio medio, attraverso la tromba, il che avviene eseguendo un atto di deglutizione mentre la gola contiene acqua (in specie tuffandosi nell'acqua o quando il mare è molto agitato).

Sull'orecchio esterno l'A. crede che l'acqua di mare agisca di preferenza dopo evaporazione: residuano dei cristallini, che su di un epitelio sensibile possono esercitare un'azione irritante meccanica, cui segue l'innesto dei germi.

L'A. aggiunge che, però, saputi prendere, i bagni di mare finiscono per giovare in molte affezioni croniche dell'orecchio, in quanto che irrobustiscono l'organismo, ne elevano i poteri di resistenza e lo aiutano a vincere le affezioni locali. V'è l'azione stimolante e sterilizzatrice del sole, mentre il corpo è semi-scoperto; v'è l'azione fisica del movimento, del guazzare, immergersi, tuffarsi, nuotare, che attiva il ricambio; v'è l'elemento del riposo mentale e del godimento, il quale ha notevole importanza terapeutica. È così che si vedono scoli essiccarsi, essudati riassorbirsi, otiti medie catarrali croniche emendarsi: il benessere generale si traduce in un miglioramento locale. Sovratutto nei bambini sifilitici o «predisposti» alla tubercolosi, in cui le affezioni dell'orecchio sogliono avere inizi insidiosi, i bagni di mare impiegati tempestivamente arrestano il decorso di esse, quando non sono troppo avanzate, o le prevengono.

L'A. dà una serie di suggerimenti per gli individui soggetti o predisposti alle affezioni dell'orecchio.

Nelle affezioni acute dell'orecchio — qualunque siano, ma in specie se labirintiche — i bagni di mare sono assolutamente da proscrivere; anzi non deve permettersi neppure il soggiorno al mare.

Negli individui predisposti alle affezioni dell'orecchio con deviazione marcata del setto nasale, con ipertrofia dei turbinati (in specie del cornetto inferiore), con affezioni delle tonsille o del tessuto adenoideo contenuto nel retrofaringe, ovvero manifestamente deboli e anemizzati, i bagni di mare non sono da bandire: si tratterebbe di un divieto troppo crudele, che del resto non verrebbe osservato e che non sarebbe neppure utile; importa però di stare in guardia: al primo apparire di disturbi o di dolori nella regione dell'orecchio, consultare un medico.

Gli individui predisposti alla formazione copiosa di cerume vanno avvertiti di ripulire bene le orecchie prima di entrare nell'acqua, poichè questa, invece di asportare il cerume, lo fa rigonfiare e può produrre disturbi.

Gli individui che soffrono di otiti croniche possono fare i bagni, ma a queste condizioni: non restare troppo a lungo nell'acqua, non nuotare energicamente, non tuffarsi ma limitarsi ad immergere la testa, tenendo ostruite le orecchie e le narici per mezzo dei pollici e degli indici. Quando esistono otiti quescenti soggette ad esacerbarsi di tanto in tanto, conviene chiudere il meato con un batuffolo di cotone imbevuto in olio d'oliva od in olio di vasellina e, di più, coprire la testa con uno stretto cappuccio di gomma, che comprenda le orecchie; appena usciti dal bagno togliere il batuffolo e ripulire il meato; alla minima riapparizione di pus, sospendere i bagni e consultare il medico. Nei predisposti alla foruncolosi il condotto esterno va protetto con vasellina borica o con pomata all'ossido di zinco.

In tutti questi casi è preferibile di non fare il bagno quando il mare è troppo agitato e scegliere acque pulite.

L'A. fornisce anche alcuni dati complementari per il medico pratico. Insiste in specie sulla diagnosi e terapia dell'otite esterna, che è di dominio del pratico: si differenzia dall'otite media al dolore nella masticazione e nel piegare il padiglione in basso; nei casi gravi, con febbre, cefalalgia, malessere generale e ostruzione del meato uditivo, può far pensare a mastoidite. Una buona cura consiste nel pennellare con soluzione di nitrato d'argento e poi riempire con un batuffolo di garza imbevuto in alcool, da rinnovare ogni 24-48 ore: per qualche minuto il dolore si esacerba, ma poi si ha un forte sollievo. L'A. insiste inoltre sulla paracentesi tempestiva, quando è indicata, per prevenire complicazioni gravi.

In linea generale conviene di indirizzare il paziente allo specialista. L. V.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Pletora professionale.

Alla Segreteria dell'Università di Roma abbiamo attinto i dati seguenti: nell'anno scolastico prebellico 1914-15 gl'inscritti al VI anno di medicina furono 87; nel 1920-21 sono stati 229.

V'è dunque un aumento formidabile nel numero dei giovani che si dedicano allo studio della medicina. Ci risulta che anche in altre Università il fenomeno si ripete in proporzioni analoghe: tre volte ogni anno falangi sempre più dense di giovani reclute vengono riversate nell'agone professionale.

Questa inflazione cominciò durante la guerra, sovratutto grazie alla famigerata scuola di San Giorgio a Nogaro. Si credeva allora che molti giovani cercassero un semi-imboscamento negli studi medici; ma il male non si è emendato, il che prova come sia la risultante di varie cause. L'avvenire si prospetta sempre minaccioso: difatti nell'anno scolastico testè chiuso, mentre gl'inscritti all'ultimo corso furono a Roma 229, in ciascuno degli anni precedenti il numero degli inscritti passa a 211, a 284, a 211, a 246, a 188: si mantiene dunque quasi stazionario. La diminuzione che si nota nel primo anno (188), inerente forse allo scomparire dei residui di guerra, è poco marcata: la cifra degli inscritti supera ancora molto quella corrispondente dell'ante-guerra (135 nel 1914-15), malgrado la crescente disaffezione per le professioni liberali, che non nutrono più coloro che le scelgono.

Il fenomeno assume dunque proporzioni preoccupanti, se non allarmanti; desta inquietudine, se non ancora disagio.

Urge di affrontare il problema, per tentare di risolverlo.

***

È probabile che nella nostra società la richiesta dell'opera del medico risentirà un continuo incremento; ma la crescente richiesta non potrà mai essere bastevole ad assorbire l'enorme congerie dei nuovi laureati, che superano ogni disponibilità di lavoro professionale.

La sovrabbondanza dei medici rispetto ai bisogni effettivi della popolazione, è causa, per molti riguardi, d'inconvenienti e di pericoli.

Da parte dei medici, il danno più palese e più ovvio che risentono dallo spostamento d'equilibrio, è la relativa disoccupazione. Gl'introiti professionali si riducono non solo perchè ripartiti tra un maggior numero di concorrenti, ma anche per la legge dell'offerta e della domanda: l'offerta delle prestazioni ha per risultato di rinvilirle.

L'eccesso dei medici non può a meno di compromettere anche la moralità, od almeno la dignità, di tutta la classe, poichè impedisce ad un certo numero di vivere decorosamente della loro professione: essi sono indotti a ricorrere ad arti di concorrenza più o meno sleali, a risorse più o meno riprovevoli.

Deprimendosi il livello etico della professione, non solo ne viene offuscato il prestigio, ma anche ridotta l'efficienza. Le preoccupazioni materiali finiscono con l'assorbire il pensiero e l'attività di molti medici, distraendoli dagli studi severi, spegnendo in essi ogni entusiasmo e ogni fede. Ne deriva un danno anche per il pubblico, il quale, invece di risentire i vantaggi dell'esagerata concorrenza (come avverrebbe nel campo industriale), ne diviene la vittima.

Tutti dunque sono interessati ad una soluzione soddisfacente del problema: i medici, il pubblico ed anche lo Stato.

***

Quali i rimedi atti ad infrenare l'illimitata sovraproduzione di medici?

Il male andrebbe colpito alle radici, limitando il numero degli studenti. È stato più volte proposto, per raggiungere tale scopo, un forte inasprimento delle tasse scolastiche; ma il rimedio ci sembra antisociale, poichè la selezione degli studenti va fatta in base alle attitudini e alla capacità di lavoro di ciascuno e non già in base alle disponibilità economiche delle loro famiglie, e ciò nell'interesse collettivo. Una soluzione migliore sarebbe data dalla severità degli studî, la quale si traducesse in un maggior rigore negli esami: non già un rigore cieco epperò ingiusto, ma tale da esigere una preparazione adeguata. Invece continua ad imperversare, quasi invariata, la falsa mentalità di guerra, che ha portato a largheggiare in modo quasi pazzesco negli esami e quindi a creare un enorme numero di diplomati ignominosamente ignoranti.

Occorrerebbe cominciare dalle scuole secondarie, le quali purtroppo sono in piena bancarotta nè si riorganizzeranno tanto presto. Alle loro deficienze quasi irriducibili potrebbe sopperire un esame di ammissione all'Università; esso varrebbe ad operare una efficace cernita, ad eliminare gli elementi meno idonei, ad impedire che le aule vengano ad essere affollate da un numero di studenti esuberante, con grave discapito dell'insegnamento.

Anche le Università adempiono male il compito di formare dei professionisti; per quanto riguarda gli studi medici, è nella coscienza di

tutti che questi andrebbero riformati, correggendo la sproporzione tra i vari insegnamenti, sfrondandoli delle cognizioni ingombranti, mirando alle esigenze della pratica e, più che altro, rendendoli più severi. Oggi è in voga l'indulgenza; pochi insegnanti coscienziosi si comportano senza arrendevolezze colpevoli, pur evitando di cadere in un rigorismo insensato; gli altri, per un falso spirito di longanimità o per debolezza, cedono, e finiscono per forzare la mano anche ai colleghi, col risultato di regalare alla società un'eccedenza di professionisti scandalosamente incapaci.

Crediamo che anche per le Università l'esame di Stato potrebbe risolvere il problema; costituirebbe il necessario complemento dell'autonomia universitaria, da tempo invocata.

A prima giunta sembra che una maggiore efficienza dei neo-laureati possa pregiudicare la vecchia guardia; che i medici anziani rischino di essere sorpassati, distanziati, sclassificati dai giovani meglio allenati. Ma il credito della professione deriva dai singoli membri e si ripercuote su tutti; d'altra parte non dobbiamo dimenticare che è doveroso di avere costantemente di mira l'interesse sociale e non quello dei singoli.

***

Per limitare il numero degli studenti di medicina, potrebbe essere utile di mettere sull'avviso i giovani imprudenti che stanno per varcare le soglie delle Facoltà mediche; ma in che modo?

La preparazione psicologica dovrebbe cominciare molto tempo prima dell'ingresso nelle Facoltà.

Nell'aureo libro «Testa», Paolo Mantegazza dettò un saggio comparativo sugli inconvenienti e sui vantaggi delle varie carriere che si dischiudono ai giovani, sulle qualità e sulla preparazione che ciascuna esige e sulle realizzazioni che consente, così da evitare false vocazioni e delusioni: egli aveva compreso l'importanza fondamentale della scelta di una professione, scelta che pur troppo abitualmente viene rimessa al caso, con grandissima leggerezza. Egli intendeva di richiamarvi in tempo l'attenzione dei giovani. Ma i nostri libri di testo si occupano di ben altre nozioni; sdegnano questi argomenti a contenuto troppo pratico.

Sarebbe desiderabile, quanto meno, che gl'insegnanti delle scuole secondarie ed in specie i direttori d'istituto prospettassero alle scolaresche le esigenze e le difficoltà di ogni professione, impartissero consigli sulla scelta, mettessero in guardia contro la ressa determinatasi in alcune carriere, come quella medica; ma si tratta di un pio desiderio. Del resto, che sanno del mondo la maggior parte dei professori secondari? Hanno visuali ristrette, mentre le vie aperte ai giovani sarebbero tante, nel campo della produzione e degli scambi; per parlarne, bisognerebbe avere molta pratica della vita, ma allora in generale... non si farebbe il professore di scuole medie.

Dopo tutto, i programmi non ne fanno l'obbligo...

***

La situazione è tale che non dovrebbe consentire allo Stato di disinteressarsene. Lo Stato potrebbe intervenire, per es., disciplinando gli studî, riformando i programmi, prevenendo l'ingombro in poche carriere liberali il che porta a creare vere colluvie di spostati, aprendo nuove vie... Oggi che gli arricchiti di guerra, gli operai e i contadini divenuti signori, ambiscono tutti a far compiere studi superiori alla prole, quasi per crearle un titolo nobiliare, si istituiscano nuove scuole superiori, industriali, commerciali, per le discipline sociali, si creino anche nel campo colturale condizioni d'ambiente che portino ad accrescere la ricchezza collettiva.

Ma lasciamo il solito ritornello dello Stato, cioè del Governo, che dovrebbe...; tanto, non fa nulla, se non vi è proprio costretto.

Vediamo se non sia possibile qualche rimedio più concreto e più accessibile.

***

Preconizziamo l'intervento attivo e diretto dei medici.

Il medico chiamato a valutare le attitudini fisiche e mentali di un giovane, ha gli elementi per consigliare o meno una professione; intendiamo riferirci in specie al medico di famiglia e, dove esiste, al medico scolastico. Per ciò che riguarda la carriera medica, egli può far capire quanto sia desiderabile di sviarne molti giovani incauti, i quali non sospettano la crescente pletora professionale ed ignorano la preparazione tecnica e scientifica laboriosa, lo sforzo costante di perfezionamento, le numerose qualità di forza intellettuale e morale e anche di resistenza fisica, il vigile senso di responsabilità, l'attitudine a sostenere la concorrenza, che la professione medica presuppone per essere esercitata utilmente per sè e per gli altri.

Il medico può cogliere tutte le occasioni che gli si presentano per dare suggerimenti in tal senso, per esortare a indirizzarsi verso altre

carriere più promettenti, per evitare un errore che non potrebbe essere più corretto.

Ma la propaganda minuta e quasi silenziosa dei medici... a proprio favore, sarebbe sospetta; potrebbe sembrare interessata, cioè fatta per non avere concorrenti.

L'unica soluzione che prometta bene e che aderisca alla realtà, è l'intervento collettivo dei medici per mezzo degli organi che li rappresentano: gli Ordini. Fin'ora questi si sono disinteressati del problema o lo hanno ignorato, non per insensibilità verso i mali ed i bisogni della classe, ma per la loro abituale neghittosità: conducono una vita beatamente tranquilla e reputano esaurito il proprio mandato nell'attenersi alle sole disposizioni della legge che li ha istituiti ed al relativo regolamento.

Se gli Ordini prendessero a cuore la cosa, potrebbero agire, nella loro sfera d'azione, con energia e con sicurezza di successo: crediamo che sarebbe questo un loro dovere. Potrebbero condurre delle inchieste nelle singole province e nelle Facoltà mediche; potrebbero segnalare al pubblico, mediante comunicati alla stampa, il pericolo attuale e quello potenziale del moltiplicarsi delle lauree; potrebbero provocare la cooperazione degli organi statali competenti: ad esempio, ottenere, dai provveditorati, delle circolari per mettere sull'avviso gli studenti secondari e le loro famiglie sulle disponibilità relative delle varie professioni e in particolare di quella medica; indurre il Ministero dell'istruzione a rendere gli studi secondari e superiori più seri, gli esami più rigorosi, se non a compiere l'auspicata riforma dell'ordinamento degli studi; fare che lo Stato ed il pubblico si preoccupino del problema: chè, in fondo, richiamarvi l'attenzione è già molta parte della soluzione.

Non sarebbe inopportuno che anche i Congressi votassero qualche ordine del giorno breve, chiaro, efficace, al riguardo, e lo diffondessero nella stampa; e che se ne occupasse il gruppo medico parlamentare.

Si è parlato più volte di limitazione numerica dell'esercizio professionale e di *albo chiuso*, sull'esempio degli uffici notarili e delle farmacie; ma il provvedimento sarebbe troppo illiberale e perciò inattuabile.

È certo che la difesa della classe impone qualche misura. I mezzi sopra indicati sono anodini o non sono pratici? Se ne trovino altri; ma bisogna agire.

***

Oltre alla pletora globale dei medici, ve n'è una ristretta a singoli rami della medicina e che può dirsi *qualitativa*: accade infatti che numerosi medici si consacrino ad una stessa specialità in voga, mentre altre specialità restano quasi disertate. Oggi si avverte un bisogno crescente di specialisti; ma la scelta della specialità non è sempre la più opportuna.

È anche da segnalare una pletora *topografica*: cioè in alcune località si addensano i medici, siano essi generici o specialisti, mentre in altre ne è avvertito il bisogno. La distribuzione risulta irregolare: qua per difetto, là per eccesso.

Gioverebbe di adattare con la maggiore approssimazione il numero ai bisogni, così quantitativamente come qualitativamente. Evitare o correggere ogni difettosa distribuzione, dovrebbe tenere un posto nelle preoccupazioni del corpo medico. Per raggiungere l'intento, sarebbe utilissimo di sapere prima con esattezza il numero di medici pratici e di specialisti che esercìscono nelle varie località, cioè la loro distribuzione: eseguire un *catasto dei medici*, come lo proponeva Le Gendre, il quale si è occupato con tanta competenza di questi problemi e dal quale prendiamo spunti e idee; in altri termini, compilare una *statistica analitica*, che riguardi non solo il numero complessivo, ma la ripartizione delle diverse categorie di medici nei singoli Comuni.

Questo lavoro preliminare dovrebbe essere compiuto pur esso dagli Ordini, e condensato e presentato in specchietti bene ordinati, semplici e dimostrativi. — È probabile che un lavoro del genere metterebbe in luce non tanto la sovrabbondanza assoluta di medici, quanto la loro cattiva distribuzione globale e per categorie: l'addensamento in certe zone, la deficienza in altre. Sappiamo difatti che in alcuni centri importanti non sono rappresentate le principali specialità o lo sono scarsamente, mentre i medici generici, i cosidetti medici pratici, vi si disputano la clientela e qualche volta... vi si dilaniano in modo pochissimo edificante; che in vaste zone mancano laboratori diagnostici, i quali potrebbero prosperarvi, ecc.

Un lavoro statistico siffatto riuscirebbe molto utile non solo per contenere la pletora che si produce in rami speciali, ovvero in certe località, ma anche per regolare l'orientamento professionale. Nell'istradare il giovane medico verso la medicina interna, la chirurgia, una specialità, il lavoro di laboratorio, oggi decide il caso, oppure un'infatuazione del momento; invece bisognerebbe tener conto sia delle proprie attitudini e qualità, sia delle necessità sociali. Una statistica analitica potrebbe avviare o spronare verso una carriera pro-

mettente, sviare o distogliere da un'altra troppo battuta; anche sulla scelta della residenza fornirebbe una guida ottima, così da evitare le pletore locali. Un medico alla ricerca di un posto potrebbe sapere in precedenza quali sono il numero globale e la proporzione relativa delle diverse categorie di professionisti in ogni città o in ogni zona rurale. Potrebbero anche raccogliersi, sistematicamente, informazioni complementari.

Non si vedrebbero allora più quegli esodi rattristanti di giovani medici, ben preparati, pieni di fede e di entusiasmo, alla ricerca di un posto qualsiasi, che partono alla ventura, anche per le Colonie, sulle informazioni fornite da un avviso, da un ufficio di collocamento, in base ad una vaga notizia. Oggi la scelta dei posti si fa cadere alla cieca, senza sapere se si incontrerà pletora collegiale e quindi aspra concorrenza e quali saranno le difficoltà professionali da superare.

Occorrerebbe, dunque, una serie d'informazioni preliminari attendibili: tenere una statistica aggiornata dei medici per comuni e per specialità e degli studenti nelle varie Facoltà, istituire degli Uffici d'informazione che eseguano un lavoro completo ed organico, non modellati sugli attuali Uffici di collocamento.

Raccogliere tutti questi dati dovrebbe essere còmpito degli Ordini, allo scopo non solo di porre una remora alla pletora professionale, ma anche di limitarne alcune conseguenze. È illusorio confidare in questo intervento?

L. Verney.

Cronaca del movimento professionale.

Per il Congresso Nazionale dei Medici Condotti in Genova.

Coll' intervento del vice-presidente dott. Oliaro si è radunata la Sezione Genovese dei medici condotti in assemblea generale e con partecipazione di numerosi soci. Esaurite alcune discussioni di indole interna, tra cui importantissima quella riguardante la fusione della Sezione di Chiavari colla Sezione di Genova, venne ampiamente trattato il tema sulla preparazione per il Congresso Nazionale dell'Associazione che, a tenore delle decisioni prese al Congresso di Napoli, deve aver luogo a Genova.

In linea di massima fu stabilito che il Congresso si effettui nei giorni di sabato 8, domenica 9 e lunedì 10 ottobre. Il pomeriggio del giorno 9 sarà lasciato a disposizione della Cassa di M. S. istituita in seno all'Associazione perchè abbia luogo la sua speciale Assemblea.

Per il giorno 11 ottobre verrà organizzata una gita su piroscafo.

Il prof. senatore Maragliano ha accettato di tenere la conferenza inaugurale trattando il tema: «La lotta antitubercolare in rapporto al servizio di condotta medica». Il Consiglio della Sezione di Genova si è costituito in Comitato Esecutivo del Congresso. Tutto lascia supporre un ottimo esito.

Data la estrema difficoltà degli alloggi, si rivolge invito a tutti coloro che interverranno al Congresso di volersi prenotare per tempo presso il suddetto Comitato (indirizzo: Presso l'Ordine dei Medici in Genova, via Palestro 2-5), assumendo impegno di pagamento anche in caso di mancato intervento. Per facilitare l'alloggio a tutti i congressisti, che si prevedono numerosissimi, si usufruiranno anche gli alberghi dei vicini comuni di Pegli, Nervi, Sturla e Quinto collegati con Genova a mezzo di ferrovia e di linee elettriche tramviarie funzionanti sino a tarda ora della notte.

Cassa di Mutuo Soccorso dei Medici Condotti.

Si è radunato a Parma il Consiglio di amministrazione della Cassa di M. S. della A. N. M. C. colla presenza anche del dott. Carobbio, cassiere generale dell'Associazione, il quale raccomandò che gli inscritti facciano i loro versamenti a rate trimestrali o, meglio, semestrali, per evitare eccessivo lavoro di registrazione, ed usufruendo di cartolina-vaglia, trattenendo e conservando l'apposito talloncino a dimostrazione della spedizione e come ricevuta.

In quanto alla istituzione di una Cassa sovvenzione in caso di morte, preso atto della relazione Oliaro che dimostra di fronte alla legge non essere posssibile provvedere per una somma maggiore, si accettò di proporre al Congresso di Genova un progetto elaborato dal dott. Ceramicola permettente una sovvenzione di lire 1000 ottenibile mediante un tenue aumento del contributo mensile.

La costituzione del gruppo medico parlamentare.

Il gruppo medico parlamentare, cui hanno aderito provvisoriamente anche i deputati medici socialisti, si è riunito ed ha proceduto all'elezione delle cariche. Presidente è stato nominato l'onorevole Cirincione; vice-presidente l'on. Resante e segretario l'on. Paolucci.

Il gruppo si riunirà nuovamente per discutere il seguente ordine del giorno: *a*) sulle pensioni sanitarie (medici, farmacisti e veterinari); *b*) tariffa medico-legale; *c*) libera docenza; *d*) medici provinciali aggiunti.

Per l'assicurazione contro le malattie in Italia.

In esito a richiesta del prof. Silvagni, presidente della Federazione degli Ordini, il nuovo Ministro del Lavoro, on. Beneduce, ha così risposto, in merito all'assicurazione-malattie:

«*Prof. Silvagni,*
Presidente Federazioni Ordini Medici, Bologna.

Fervente assertore assicurazioni sociali, reputo indispensabile attuazione assicurazione malattie sulla quale solo può ordinarsi sistema organico assicurazioni sociali e dalla quale solo può sperarsi miglioramento condizione istituzioni ospitaliere e finanze comunali insieme a beneficii sociali igiene pubblica e accrescimento forze lavoro. Darò quin-

di opera mia per sollecita attuazione provvedimento che colmerà grave lacuna nostra legislazione sociale ed avvierà nuovi orizzonti assistenza sanitaria classi lavoratrici. Confido che organizzazioni medici valutando elevate finalità tale provvedimento che conferirà più alta dignità loro missione diano ad esso valido appoggio.

Ministro Lavoro: BENEDUCE ».

Il Ministro presenterà un progetto di legge; pare che egli voglia coordinate le assicurazioni-malattie con le altre assicurazioni sociali.

L'Ordine dei Medici della Provincia di Roma e gli scioperi nei pubblici servizi.

Il Consiglio amministrativo dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, in un manifesto alla cittadinanza segnala il gravissimo disagio in cui, per la frequente soppressione di ogni mezzo di trasporto, viene a trovarsi la classe sanitaria nel compimento dei suoi doveri di assistenza, specialmente nei casi urgenti; disagio al quale non è possibile ovviare con sacrifici personali che rasentano l'eroismo; disagio reso più esasperante dal disservizio telefonico. E declina ogni responsabilità per tutte le eventuali, dolorose conseguenze di tardivi o mancati interventi; mentre si riserva di promuovere e adottare provvedimenti, per i quali sia efficacemente assicurata, in ogni caso, l'assistenza dei malati.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8967) *Servizio provvisorio di ufficiale sanitario.* — Dott. X. J. da Z. — Dal momento che Ella era in aspettativa per salute, il Comune non potea fare a meno di provvedere al servizio dell'ufficiale sanitario, corrispondendo all'investito l'assegno all'uopo stanziato in bilancio e le competenze accessorie derivanti dallo eseguimento di incarichi speciali.

(8968) *Segreto professionale.* — Dott. E. C. da S. sul P. — La legge dice che il sanitario deve aver *notizia* a causa dell'esercizio professionale di un segreto, e che la manifestazione di esso non deve produrre nocumento alla persona assistita. Ella, quindi, non poteva rivelare ciò che sapeva, sia perchè trattavasi di semplice *sospetto* e non di *notizia*, sia perchè la palesazione riusciva di nocumento. Neanche al referto era tenuto, in quanto che esso avrebbe esposto la persona assistita ad un procedimento penale. Circa il presunto autore non ricorre l'applicazione della teoria del segreto professionale, se non per riflesso della persona assistita. Vedi: Doctor JUSTITIA: *La legislazione sanitaria*, pag. 9 e 13, ed articoli 439 e 163 del Codice penale.

(8969) *Cassa pensioni - Modifiche.* — Dott. A. S. da P. — Nulla si sa ancora circa le modifiche che saranno apportate alla legge sulla Cassa di previdenza. Alcuni studî sono stati compiti, ma a quanto consta, non è stato ancora compilato analogo progetto di legge.

(8970) *Cassa pensioni dei medici condotti.* — Dott. R. M. da I. — Gli anni di servizio interinale ed il servizio militare non sono riscattabili perchè prestati prima della sua adesione alla Cassa, che avvenne nel 1914, cioè, quando non era più ammesso riscatto di sorta. Il servizio di effettivo prestato dal febbraio 1894 all'ottobre 1895 avrebbe potuto essere calcolato se, come si è detto, la sua iscrizione fosse avvenuta prima del dicembre 1909. Gli anni di servizio prestati alla miniera non possono essere riscattati.

(8972) *Mancata consegna dello elenco dei poveri.* — Dott. L. B. da S. F. — Faccia un regolare atto di diffida al Comune obbligandolo a consegnare, sotto pena di danni, l'elenco dei poveri ammessi a cura gratuita entro 15 giorni. L'atto di diffida deve essere notificato a mezzo di usciere.

(8973) *Indennità caro-viveri.* — Dottore abbonato 1337. — Per effetto del tassativo disposto del D. L. 1337 del 14 settembre 1918, n. 1314, Ella ha diritto a tanti supplementi per quanti sono i figlioli minori e conviventi, oltre i primi tre. Avendo sei figli minori ed a carico può percepire numero tre supplementi. Il vedovo è trattato alla medesima stregua dell'ammogliato. Per effetto del disposto dell'art. 3 del R. D. 3 giugno 1920 ha inoltre diritto a sei supplementi giacchè sei sono le persone di famiglia minori e conviventi. In tutto ha diritto a 9 supplementi. Nel caso che il Comune intenda disconoscere tali suoi diritti può anche adire l'autorità giudiziaria.

(8974) *Cassa di previdenza.* — Dott. Sabina. — Per conoscere se può riscattare gli anni di servizio prestati come ufficiale sanitario occorre che dica in quale epoca fece adesione alla Cassa di previdenza.

(8975) *Contributi alla Cassa di previdenza.* — Dott. D. P. da C. — Durante il servizio militare il Comune ha pagato per Lei i contributi alla Cassa di previdenza in forza del D. L. del 7 febbraio 1916. Ella, però, avrebbe dovuto, a suo tempo, dichiarare che accettava quanto il Comune compiva a suo riguardo.

(8976) *Pensioni.* — Dott. V. G. da B. — Alle esposte condizioni liquiderà annue lire 2384. Non è imminente alcuna modifica alla legge sulle pensioni.

(8978) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. B. da F. — Il medico condotto che presta servizio presso più enti locali ha diritto ad una sola indennità caro-viveri ripartibile fra i due o più enti presso cui presta servizio in proporzione degli stipendii.

(8980) *Certificati sanitarii.* — Dott. N. M. da O. — I certificati cui allude, in quanto servono ad indicare il grado di cultura e di attitudine professionale, Le possono essere tenuti in conto per concorsi per nomina a medico condotto.

(8982) *Indennità caro-viveri - Ufficiale sanitario.* — Dott. U. F. da N. — Anche all'ufficiale sanitario compete la indennità caro-viveri, che per i celibi è di lire 65 mensili. Il Comune certamente co-

nosce il Decreto in forza del quale è dovuta, che porta la data del 9 marzo 1919, n. 338.

(8984) *Congedo - Indennità caro-viveri.* — Dott. abbonato 12770 da M. — Il medico interino non può godere della licenza annuale, che è stabilita per i medici condotti titolari. Andando in congedo, coll'assenso del Comune, deve rinunziare alla diaria giornaliera. Alla seconda indennità caro-viveri non si ha diritto. Essa deve essere concessa dal Consiglio Comunale e decorre, in ogni caso, dall'atto della concessione.

(8985) *Stabilità.* — Dott. N. G. da S. R. — La stabilità è un diritto che si acquista *ipso jure,* senza alcuna deliberazione del Consiglio Comunale, purchè non si riceva disdetta tre mesi prima che si compiano due anni dalla nomina. Il servizio provvisorio prestato prima della nomina regolare, vale come prova, in modo che è possibile essere stabile appena nominato titolare.

(8986) *Certificati di vaccinazione.* — Dott. M. P. da T. T. — È il Comune che rilascia il certificato di vaccinazione. Esso deve essere rilasciato in carta libera e gratuitamente a tutti, siano poveri che abbienti e per qualsiasi uso. Ad una indennità caro-viveri hanno diritto i medici condotti a senso del D. L. del 9 marzo 1919, n. 338. Al secondo vi hanno diritto se dal Consiglio Comunale ne fu disposta la concessione.

(8987) *Indennità di trasferta - Pensioni.* — Dott. L. A. da C. — Occorre sapere da quale autorità il medico è invitato a recarsi in campagna per la constatazione del decesso, se, cioè, dall'autorità comunale o giudiziaria. Alle condizioni esposte liquiderà annue lire 866 di pensione. Se ha aderito alla Cassa prima del 1909 i due anni cui accenna si riscattano di diritto senza pagare alcun contributo straordinario. Basta dimostrarli nell'atto di chiedere la pensione.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 3889.

Se Ella ha prestato servizio, durante la guerra, presso Uffici o Direzioni che non siano state smobilitate (territoriali), Ella potrà rivolgersi agli Uffici e Direzioni suddette.

Altrimenti occorrerà si rivolga al Ministero della Guerra (Direzione Centrale di Sanità Militare), facendo presente il suo stato di servizio.

M. G.

Corsi di stomatoiatria. — Al dott. T.:

Anche a Firenze esiste una scuola di Stomatoiatria, annesssa al R. Istituto di Studi Superiori. Il corso è biennale e comprende i seguenti insegnamenti: Patologia e Clinica orale (prof. G. Cavallaro, via Tornabuoni 10, al quale può rivolgersi per informazioni); Odontotecnica ed Ortopedia dentale (prof. Arnone); Anatomia e Istologia (prof. Chiarugi): Chirurgia clinica ed operativa (prof. Burci); Patologia chirurgica (prof. Gatti), ecc.

PIPERNO.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Riunione del Consiglio Superiore di Sanità.

Il giorno 20 luglio, presso il Ministero dell'Interno, si è riunita la Giunta del Consiglio Superiore di Sanità, sotto la presidenza del senatore prof. Camillo Golgi.

Sono stati presi in esame varî ricorsi contro la classificazione di farmacie in applicazione della legge 22 maggio 1913, n. 468 e vari altri riguardanti aumenti di stipendio al personale sanitario comunale.

Fu, in fine, dato parere circa modificazione da apportare all'art. 36 del Regolamento 19 luglio 1906, n. 466.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

46. Provincia di *Novara*: Dottori: Botto Giov. Batta, Cossilla, L. 200 — Del Bono cav. Luigi, Novara, L. 200 — Galvagno Ottorino, Vercelli, L. 200 — Longhi Eugenio, Vespolate, L. 200 — Prandi Pietro, Bellenzago, L. 200 — Cova Alessandro, Borgomanero, L. 200 — Morandi Giovanni, Cerano, L. 200 — Zanella Franco, Gattico, L. 200 — Montalberti Luigi, Ghemme, L. 200 — Ruffoni Giuseppe, Gozzano, L. 200 — Gay Alberto, Invorio Superiore, L. 200 — Girino Francesco, Caresana, L. 150 — Taraboletti Giovanni, Curino, L. 150 — Avagnino Lorenzo, Grignesco, L. 150 — Belluati Luigi, Motta dei Conti, L. 150 — Poggiani Adolfo, Trontano, L. 150 — Violetta Severino, Pollone, L. 150 — Antonini Camillo, Garbagna, L. 150.

47. Provincia di *Pesaro*: Dottori: Enrico Pinzani, Fano, L. 300 — Rodolfo De Scrilli, Urbino, L. 250 — Ceccolini Ernesto, Pesaro, L. 250 — Salvoni Armando, Acqualagna, L. 200 — Piselli Giuseppe, Macerata Feltri, L. 150 — Ceronzi Giovanni, Fossombrone, L. 150 — Savino Luca, Apecchio, L. 150 — Sorge Francesco, Sassocorvaro, L. 150 — Ortona Filippo, Fermignano, L. 150 — Leonardi Pietro, Tomba di Pesaro, L. 150 — Bellocchi Evandro, S. Agata Feltria, L. 150 — Sirigatti Camillo, Cartoceto, L. 150 — Gardini Lorenzo, S. Lorenzo in Campo, L. 150 — Micucci Giuseppe, Pergola, L. 100 — Barbieri Luigi, Auditore, L. 100 — Salbitano Luigi, Fiorenzuola di F., L. 100 — Alfredo Faggi, Colberdolo, L. 100 — Servici Bramante, Ginestrete, L. 100 — D'Angeli Mario, Mercatello, L. 100 — Del Re Battista, Mercatino Marec, L. 100 — Burchi Arturo, Mondolfo, L. 100 — Sbrozzi Emilio, Orciano di Pesaro, L. 100 — Betti Oreste, S. Angelo in Vado, L. 100 — Tonelli Guido, Montemaggiore al Metauro, L. 100 — Bellotti Mario, Monteporzio, L. 100 — Grandi Vincenzo, Gradara, L. 100 — Mercantelli Antonio, Mombaroccio, L. 100 — Giovanardi Giuseppe, Pozzo Alto, L. 100 — Peroni Vincenzo, S. Ippolito, L. 100 — Ricci Carlo, Urbania, L. 100.

48. Provincia di *Vicenza*: Dottori: Caliani Carlo, Valdagno, L. 150 — Novello Giuseppe, Schio, L. 150 — Marchetto Silvio, Rosà, L. 150 — Ceccato Giovanni, Isola Vic., L. 150 — Corà Ettore, Montecchio Maggiore, L. 150 — Vignati Antonio, Arzignano, L. 150. — Poli Luigi, Conco, L. 150.

CONCORSI.

BAGNOLO S. VITO (*Mantova*). — A tutto 15 agosto; L. 6750 per circa 500 pov. su 2300 ab.; caro-viv.; L. 2000 per cavalcatura; assicurazione. Chiedere annunzio.

BIELLA (*Novara*). — Condotta per il Rione Piazzo e Sobborghi Vandono e Barazzetto; L. 6000. Due caro-viveri. Indennità alloggio 300. Telefono a spese del Comune. Scadenza 15 agosto.

BORGO DI TERZO (*Bergamo*). — Consorzio; L. 6500 per 1000 pov.; 2600 ab.; L. 500 uff. san.; doppio caro-viv. Scadenza 20 agosto.

CARRARA. — Concorso a medico supplente. Stipendio ed indennità L. 11,000. Residenza in città. Diritto di occupare il primo posto di condotta che si facesse vacante. Età non superiore ai 39 anni. Scad. 15 agosto.

CASTELLAZZARA (*Grosseto*). — Per Selvena. L. 7000 e sessenni decimo; L. 2100 cavalc. In corso d'approvaz.: aumento stip. a L. 10,000, quinquenni, cavalc. a carico del Comune. Scad. ore 18 del 16 agosto.

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). — Condotta residenz. per Pozzuolo, Petrignano, Gioiella e Vaiano; L. 6000 oltre L. 3000 trasp. e le indenn. c.-v. Scad. 15 agosto.

GIULIANOVA (*Teramo*). — Condotto della Borgata Marina; al 23 agosto; kmq. 4 in pianura; ab. 2200, pov. 192; L. 4071 comprese L. 1200 per cavalc., due caro-viv., 5 quadr. (in corso di approvaz.).

MIGLIERINA (*Arezzo*). — Poveri, L. 4000 e 5 quadrienni del decimo, addizionale L. 10 per ogni famiglia in più delle 300; uff. san. L. 500. Scad. 20 agosto.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Due chirurghi primari; L. 7000 e condizioni dell'organico e dei regolamenti; età massima 46. Documenti al Protocollo del Consiglio, via Ospedale 5, entro il 16 agosto.

MONTE SAN SAVINO (*Arezzo*). — Due condotte residenziali; a tutto il 16 ag.; L. 9000 e 2 c.-v.; 4 quadrienni del decimo; mezzo trasp. a carico del Comune. Servizio entro 15 g. Alla 2ª condotta è annessa la direz. dell'Ospedale Santa Maria della Pace.

MULAZZO (*Massa-Carrara*). — 1ª Cond.; L. 6000 oltre L. 1600 trasp., due c.-v., 4 quinquenni dec. Pei non pov. 1ª visita L. 3, successive L. 2, d'urgenza L. 4, di notte L. 5, operaz. picc. chirurg. L. 10. Scad. 15 agosto.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assistente effettivo per Reparti dei Tubercolosi; L. 5000 e 4 bienni del decimo, c.-v.; stanza d'abitaz. con obbligo di pernottarvi. Scad. ore 17 del 15 agosto. Funzioni entro 10 giorni.

PITIGLIANO (*Grosseto*). — L. 7000 che l'Ammin. Comunale si propone di elevare a L. 9000, e L. 3 per ogni povero oltre 1000; indennità c.-v. D. L. marzo 1919 e seconda indennità di L. 100 mensili. Scad. 16 agosto.

PORTO TOLLE (*Rovigo*). — II e IV Reparto; lire 6000 e indennità e compensi varii. Chiedere annunzio. Scad. 10 agosto.

SELCI SABINO (*Perugia*). — A tutto 15 agosto; L. 6000 residenziali, 3 quinquenni decimo; caro-viv., L. 1200 disag. resid.; mezzi trasp. a carico Comune. Accettaz. entro 8 giorni, servizio entro i 15 giorni successivi.

SUISIO (*Bergamo*). — L. 6500 per circa 900 pov.; 4500 ab. circa; L. 500 uff. san.; L. 500 mezzi trasp.; doppio caro-viv. Scad. 20 agosto.

SULMONA (*Aquila*). — *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; L. 3500 lorde. Scad. 31 agosto. Servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina. Chiedere annunzio e disposizioni del regolamento alla Segreteria della Casa Santa dell'Annunziata in Sulmona.

TORRE DE' BUSI (*Bergamo*). — L. 6500 per 1000 pov.; 2300 ab.; uff. san. L. 500; mezzi trasp. L. 500; indennità disag. resid. L. 1500; doppio caro-viv. Scadenza 31 agosto.

TRIESTE. *Municipio.* — A tutto 31 agosto tre posti di medici capi-reparto dell'Ufficio d'igiene. Stipendio fondamentale L. 12,000; sussidio alloggio L. 1200; aggiunta di funzione non inferiore a lire 3000 e non superiore a L. 6000, da fissarsi dopo la nomina; indennità caro-viv. Un quadriennio di carriera di L. 1800 e due di L. 1500. Età massima 40 anni. Per altre informazioni confrontare il fasc. 31.

TRIPOLI. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele III.* — Direttore; L. 8000 aumentabili, L. 4000 indenn. residenza, L. 3000 carica, c.-v.; età limite 50; escluso esercizio profess. Assistente di chirurgia; lire 4000 aumentab.; L. 3000 residenza, c.-v.; età limite 40. Nomine biennali. Scad. 1 settembre.

UDINE. *Deputazione Provinciale.* — Medico di Riparto di III Classse nel Manicomio Prov.; L. 8800, alloggio pers., luce, riscaldam., vitto nei giorni di guardia, quinquenni, passaggi di classe; due indenn. c.-v. Età limite 35. A tutto 10 settembre. Servizio entro un mese.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore.* — Concorso a direttore medico, Richiedere condizioni alla Segreteria dell'Istituto. Scad. 10 agosto.

Diffide.

Revoca di diffida. — La Sezione di Novara ha revocata la diffida per la condotta consorziale di Vogogna-Romianca, avendo il Consorzio accettato *tutte* le condizioni richieste dalla Sezione.

Nuove diffide. — La Sezione di Vicenza ha diffidato il concorso al II reparto di Cornedo (Vicenza) per varie ragioni, tra cui: eccessiva inscrizione nell'elenco dei poveri (5600 inscritti su 5700 abitanti); doppio elenco; indennità di trasporto in L. 600 mentre è necessaria la cavalcatura; obbligo di reciproca supplenza, il che è contrario alle disposizioni del Capitolato tipo.

Sono anche diffidati i concorsi di S. Fiorano (Milano) per mancati miglioramenti del capitolato; Bagni di Lucca (tre condotte) perchè manca il secondo caro-viveri e c'è l'obbligo della supplenza gratuita reciproca; Cornedo (Vicenza) per il 2° reparto.

UFFICIO DI COLLOCAMENTO.

Dalla Federazione Laziale-Umbra dei Medici condotti è istituito un Ufficio di collocamento per le condotte della provincia di Roma. Dirigere la corrispondenza al segretario dott. B. Alberti, presso il nostro giornale (via Sistina 14 - Roma VI).

MEDICINA SOCIALE.

Assicurazione contro le malattie a Berlino.

A Berlino si è venuti ad una convenzione tra i rappresentanti delle Casse per malati e i rappresentanti dei medici, allo scopo di regolare i rapporti reciproci.

L'importanza di tale convenzione emerge dal fatto che a Berlino esistono 230 Casse per malati, alle quali sono assicurate obbligatoriamente 1,400,000 persone; che oltre a queste Casse ufficiali, ne esistono altre ausiliarie o libere, nonchè alcune società che raccolgono impiegati e agenti pubblici esclusi dalle assicurazioni obbligatorie, per un totale di circa 100,000 membri.

È stato generalizzato il principio della *libera scelta* del medico, visto che esso ha fatto buonissima prova ovunque è stato introdotto. È stato anche accolto il principio del compenso del medico ad *abbonamento*, dato che esso elimina molti abusi e semplifica i conteggi: le Casse corrisponderanno per il servizio medico una capitazione di 30 marchi l'anno per ogni assistito (cioè, al cambio attuale, 10 delle nostre lire). I medici che intendono prestare i loro servizi agli assicurati devono iscriversi in una *lista ufficiale;* è posta la condizione che abbiano praticato almeno per due anni a Berlino; quelli che non hanno già esercitato almeno per tre anni come medici delle Casse, devono seguire un *corso di medicina sociale;* sono esclusi dalla pratica assicurativa i medici che abbiano avuto condotta disonorevole o che abbiano commesso gravi errori nell'esercizio professionale. Sono istituiti *Comitati di controllo,* in specie per quanto concerne la prescrizione dei rimedi, onde infrenare eccessi ed abusi.

La convenzione avrà la durata di cinque anni.

L. V.

NOTIZIE DIVERSE.

II Conferenza internazionale contro la tubercolosi.

Il 27 luglio, con l'intervento dei delegati di 39 nazioni, venne inaugurata la II Conferenza internazionale contro la tubercolosi. L'Italia era rappresentata dal sen. P. Foà e dal prof. V. Ascoli. Lord Curzon recò ai congressisti il saluto del Re.

Nel giornalismo medico.

Si è avviata la pubblicazione della rivista «Zacchia», consacrata alla medicina legale, diretta dal prof. S. Ottolenghi; ne sono redattori i dottori A. Bellussi, B. Boldrini, A. Ascarelli e G. Falco. Contiene memorie originali, riviste sintetiche, recensioni e la cronaca dell'Istituto di Medicina Legale di Roma; è organo ufficiale della Società di Medicina Legale e ne pubblica gli atti. Esce in fascicoli bimestrali, in dignitosa veste tipografica. Augurii.

***

Sotto il nuovo titolo «La Federazione Medica», è ricomparso, col 15 luglio, il «Bollettino della Federazione degli Ordini dei Medici»; viene pubblicato mensilmente; la redazione e l'amministrazione sono affidate al dott. Ennio Tognoli (Bologna, piazza Galvani 1). Il giornale accoglie gli atti della Federazione, la cronaca degli Ordini, articoli d'interessi collegiali e informazioni varie. Viene rimesso gratuitamente a tutti i medici inscritti negli Ordini.

Ci compiacciamo di questa promettente ripresa di attività e auspichiamo un pieno successo alla iniziativa.

A. D. R. M.

L'«Association pour le Développement des Relations Médicales entre la France et les Pays alliés» ha in parte costituito e va costituendo numerosi Comitati nei varî Paesi già alleati; nel Giappone, sotto la presidenza del dott. Motais; nell'Olanda, sotto la presidenza del prof. van der Hoeven; nel Brasile, sotto la presidenza del professor Berro.

Contro la nomina di un radiologo non medico in Francia.

Il «Sindacato generale dei medici francesi elettrologi e radiologi» ha indirizzato al Direttore generale dell'Assistenza pubblica, dott. L. Mouriez, una energica protesta, firmata dal presidente dottor Jaulin, contro la nomina di un radiologo non medico a successore del compianto Infroit, vittima del dovere, quale Capo del Laboratorio radiografico della Salpêtrière.

La protesta fa valere la necessità che il radiologo esercente nel campo medico possegga precise nozioni di medicina e si appoggia largamente al parere espresso dall'Académie de Médecine di Parigi fin dal 1908.

Un legato della vedova Duval.

La vedova di Mathias Duval, il celebre istologo, embriologo e fisiologo della Facoltà medica e della Scuola normale superiore di Parigi, ha lasciato 50,000 franchi alla Facoltà di Medicina di Parigi, senza porre nessuna condizione: la Facoltà ha diritto di farne l'uso che crede.

Questo legato è fatto in conformità ai desiderî espressi più volte dalle Facoltà francesi: permette di trarre dalla somma ricevuta il partito più vantaggioso.

Il prof. Fuchs.

Il 14 giugno ha compiuto il 70° compleanno Ernesto Fuchs, il celebre oftalmologo di Vienna, il cui trattato monumentale è stato tradotto in molte lingue (francese, inglese, italiano, spagnuolo, russo, giapponese). Malgrado la sua età, egli continua a lavorare attivamente: or non è molto pubblicava interessanti ricerche sulle alterazioni senili del nervo ottico.

Sono stati suoi allievi Czermak, Meller, Salzmann e molti altri.

Il suo Istituto è uno dei più frequentati da medici di tutti i Paesi.

La fame e il colera in Russia.

Le notizie che giungono dalla Russia dei soviet dicono che ora il Governo di Mosca deve combattere contro due nuovi nemici implacabili: contro la fame e contro il colera. Ambedue mietono innumeri vittime.

Le *Iswestia* di Mosca riferiscono che Rostow, la regione del basso Volga, Woronesch e Orel sono particolarmente colpiti dall'epidemia.

Il *Times* reca che a Mosca, Pietrogrado e Odessa si sono avuti dalla metà di maggio al 15 luglio oltre 130,000 morti di colera; che nelle stesse città durante i mesi di maggio e giugno sono morti di tifo esantematico 40,000 adulti e 52,000 bambini.

Vittima del dovere.

È morto a Torino il prof. Giuseppe Campora, primario chirurgo dell'ospedale di San Giovanni, per un'infezione generale contratta nell'esercizio del proprio dovere eseguendo una operazione. Trasportato nel nosocomio, non fu trascurato nessun suggerimento della scienza per salvarlo, ma purtroppo la morte vinse l'arte e l'affetto. Il professor Campora non aveva ancora quarant'anni ed era padre di tre figli. Godeva di salda reputazione come operatore e come studioso. M.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

The British Journal of Children's Diseases, aprile-giugno. — H. M. FLETCHER. Sonnolenza diurna e insonnia notturna quale manifestazione di encefalite letargica. — P. WEBER. Emaciazione letale alla pubertà. — G. COCHRANE. Difteria del pene.

La Presse Médicale, 6 luglio. — M. BRULÉ e H. GARBAN. Le piccole urobilinurie. — LÉON-MEUNIER. L'ulcera digiunale post-operatoria.

Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, giugno. — R. ALCÓN. La dietetica della stitichezza.

Zentralblatt für innere Medizin, 9 luglio. — H. STROHMANN e S. FLINTZER. Sui nuovi metodi di determinazione rapida dell'urea nell'urina, nel sangue ed in altri liquidi organici.

The Boston Medical and Surgical Journal, 23 giugno. — M. E. TODD. Principii di statica umana.

Medizinische Klinik, 26 giugno. — R. SCHMIDT. Sulla clinica delle forme atipiche dello stomaco. — H. KLOSC. Cause, tipi e trattamento dei gozzi. — WILDRATH. La roentgenterapia della tubercolosi polmonare.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 7 luglio. — CROUZON e BOUTTIER. Disostosi cleido-cranica di Pierre Marie e Sainton. — E. APERT e F. BORDET. Leontiasi ossea. — P. PAGNIEZ e A. PLICHET. Prova dell'emoclasi digestiva. — M. VILLARET, F. SAINT-GIRONS e G. BOSVIEL. — La tensione venosa periferica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

ANNO XXVIII | Roma, 15 Agosto 1921 | Fasc. 33

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Cocaina e cocainismo.

La passione dei paradisi artificiali assume sempre nuove forme, attanaglia ogni giorno nuove vittime. La crudele perversione che sacrifica l'uomo alla illusione del piacere velenoso crea ogni giorno nuovi tormenti, ogni giorno nuovi tormentati.

L'alcool, l'oppio, l'etere, l'haschisch, le sostanze più diffusamente adoperate per creare gioie effimere, per dare un attimo di requie ai dolori fisici e morali, e che pur sono stati e sono sorgenti di tanti dolori e di tante miserie, sono stati superati.

La cocaina è il veleno voluttuario del giorno. Oggi all'ebbrezza rumorosa dell'alcool, all'estasi rapida dell'etere, alla gaiezza dell'haschisch, ai languori dell'oppio si preferisce la esaltazione viva e brillante della cocaina. La intensa e feroce ebbrezza che procura questa polvere si accorda più con il carattere della vita moderna.

La passione si è diffusa così rapidamente per tutto il mondo civilizzato, tanti danni, tante miserie, tanti lutti ha provocati, che l'umanità ha già scontato con forte usura tutti i beneficii ricavati dall'uso medicamentoso del prezioso anestetico.

La cocaina è uno degli alcaloidi contenuto nelle foglie dell'*Erytroxylon Coca*, un alberetto selvatico dell'America meridionale e specialmente della Bolivia e del Perù, dove essa gode tale reputazione che è stata deificata. Gli

indigeni attribuiscono alle foglie della coca la virtù di far sostenere il digiuno, di rifare le forze muscolari e le attività nervose.

È un alcaloide solido che può considerarsi come una metilecgonina perchè riscaldata coll'acido cloridrico si decompone in alcool metilico, acido benzoico ed in una base cristallizzata, l'ecgonina. È inodore ed amaretta, quasi insolubile nell'acqua, solubile nell'alcool e nell'etere. È salificabile ed il sale più comunemente adoperato per la sua solubilità è il cloridrato.

La cocaina che ora trovasi in commercio non è estratta dalle foglie della coca, ma è ottenuta per sintesi. Quella sintetica è un po' meno tossica di quella naturale, si assorbe lentamente, e l'avvelenamento dura più a lungo, ma in genere le proprietà biologiche sono identiche.

La cocaina agisce su tutti gli organi e sistemi dell'organismo, ma la sua azione elettiva si spiega sul sistema nervoso.

Il suo potere anestetizzante, per il quale trovò così larghe applicazioni terapiche, si esplica su la pelle e sulle mucose, ma sopratutto su queste ultime. Il contatto di una soluzione al 2 % per 5-10 minuti su di una mucosa determina perdita della sensibilità. Questa azione è assai fugace, non dura che una ventina di minuti.

Sulle mucose stesse, o quando anche sia iniettato nel tessuto cellulare o sottomucoso, provoca rapidamente un arresto circolatorio locale con anemia dei tessuti, che è l'effetto di una vaso-costrizione dei capillari. L'anemia locale dovuta all'azione della cocaina può divenire intensa e provocare, quando l'azione stessa si prolunghi, un rallentamento della nutrizione e mortificazione dei tessuti, che non essendo più irrigati dal sangue e quindi nutriti, cadono in necrosi con formazione di ulcera. Questo processo dà ragione della perforazione del setto nasale, che si può verificare negli annusatori di cocaina.

Sul sistema nervoso centrale la cocaina ha un'azione varia, in primo tempo eccitante e successivamente deprimente. La intossicazione cocainica è accompagnata da fenomeni di agitazione motrice, ipereccitabilità muscolare, attacchi convulsivi epilettiformi ed isteriformi e disturbi sensitivi, sensoriali, cenestesici ed intellettuali.

La dose mortale è molto bassa. La quantità massima di cocaina che può introdursi nell'organismo per via sottocutanea è di 3-4 centigrammi. Dosi superiori possono provocare fenomeni inquietanti ed anche la morte. Delbosc ha osservato quattro casi di morte in seguito alla ingestione di gr. 0,80-1,50 di cocaina. Symes vide morire un individuo 20 minuti dopo la iniezione nell'uretra di 80 cgr. di cocaina e Kolomnine procurò la morte di una donna con il lavaggio vaginale a mezzo di una soluzione contenente gr. 1.04 di cocaina.

In rapporto alla sua potente azione anestetizzante la cocaina ha anche larga applicazione terapica in medicina ed in chirurgia e sopratutto in odontoiatria ed in oculistica. E malgrado l'allarmante diffusione della cocainomania l'uso terapico della droga non è stato limitato in quanto che la esperienza ha dimostrato che contrariamente a quel che avviene per la morfinomania, l'abitudine e la passione per la cocaina non si assume in seguito a cura per calmare dolori fisici o morali. Casi terapici di cocainomania si sono avuti in seguito a tentativi di trattare la morfinomania mediante iniezioni di cocaina; tali tentativi non ebbero altro effetto che quello di sostituire un'abitudine morbosa ad un'altra. Ma gli insegnamenti dell'esperienza ed una maggior prudenza da parte dei medici hanno notevolmente ridotto il numero di questi errori.

***

La diffusione della passione per la cocaina ha notevolmente aumentato in questi ultimi anni i casi di avvelenamenti acuti e cronici per il pernicioso alcaloide. Questa nuova tortura, che l'uomo si infligge nella vana illusione di placare il suo destino si va diffondendo con spaventosa rapidità. La bianca droga esercita i suoi fascini su un gran numero di persone. Quasi ogni giorno la cronaca registra il trasporto all'ospedale di un individuo avvelenato dal delizioso alcaloide o la scoperta da parte della polizia di ritrovi, nei quali le prese di cocaina costituiscono il numero preferito dei frequentatori e delle frequentatrici. I centri maggiormente infetti erano fino a qualche anno fa Parigi, Londra, Berlino, New York: oggi il male è diffuso in tutte le città, grandi e piccole. È una nuova forma di pervertimento che dalle case di piacere, dai caffè-concerto, dalle case da giuoco, dai teatri di secondo ordine si diffonde ad ambienti moralmente più sani.

Da principio la cocaina si annusa per curiosità, per un morboso spirito di imitazione, per suggestione, così come si comincia a fumare. La prima presa è quasi sempre sgradevole. La eccitazione ed il malessere che ne segue, la nausea, i disturbi cardiaci, la insonnia dovrebbero distogliere dall'insistere. Ma la ricerca di sensazioni, di cui gli iniziati decantano la bellezza straordinaria, induce a nuove prese e

sempre più forti, che alla fine provocano il paradiso artificiale.

La cocaina produce una sensazione di benessere generale, una deliziosa ed intensa gioia di vivere che fa dimenticare le tristezze, le sventure, che toglie ogni preoccupazione per l'avvenire, una vivacità dello spirito, che apre la intelligenza alle idee creatrici più belle, più seducenti. Essa fa sentire con intensità folle i colori, gli odori, i suoni. Tutte le sensazioni assumono una vivacità insolita, un colorito piacevole. L'intelligenza sembra snebbiata, la coscienza della propria capacità esagerata, inesauribile la potenza di amare. Il senso di vigore, di energia, il senso della vita è portato al suo massimo.

Questo paradiso però è breve ed inconsistente come una meteora. Il torrente impetuoso di sensazioni forti e piacevoli si esaurisce rapidamente lasciando uno stato di depressione e di abbattimento, dal quale l'avvelenato cerca di uscire prendendo nuove e più forti dosi di cocaina. Si stabilisce così l'abitudine, la necessità, la passione. Ogni tentativo di diminuzione o di soppressione è seguìto da sofferenze atroci che rendono il cocainomane incapace di resistere e di insistere nell'astinenza. Il veleno tiene in soggezione assoluta la sua vittima. Il cocainomane sacrifica alla sua polvere tutto, il suo corpo e la sua anima, la sua fortuna ed il suo onore. Per procurarsi la sorgente dei suoi paradisi e dei suoi inferni non bada a spese, paga tutto quello che può, non rifugge da atti criminosi, dalle minaccie, dal furto e perfino dall'omicidio.

Quando la dose annusata quotidianamente non supera in media i 50 cgr. i fenomeni tossici si limitano ad una speciale eccitazione cerebrale e fisica senza altri disturbi all'infuori di un certo malessere cardiaco. Il soggetto prova un bisogno febbrile ed irrefrenabile di attività muscolare ed intellettuale. Si ha una lucidità ed una vivacità di spirito sconosciuta allo stato normale. I cocainomani hanno una facilità particolare di eloquio. Sono vivaci ed alcuni sotto la influenza della droga sono capaci di lavori intellettuali e di improvvisazioni mai tentate. Talvolta però si ha fissità del pensiero: parecchi sono dominati da una unica idea che non possono scacciare dal campo della coscienza durante tutto il tempo dell'azione della droga.

D'altra parte fin dalle prime prese i cocainomani non possono star calmi e sono in preda ad un'agitazione che li fa muovere senza posa. Mentre il morfinomane cerca la tranquillità ed avverte come un senso di annientamento, il cocainomane subito dopo la presa è capace di tutti gli sforzi, di tutte le fatiche. Egli presenta una specie di ebbrezza che si esplica con il viso animato, gli occhi rossi.

Per questa sovraeccitazione continua il cocainomane diventa irrequieto, intollerante, irritabile. Non ammette contraddizioni e attacca brighe per futili motivi ed anche senza alcun motivo.

Spesso si ha anche una particolare eccitazione genitale e parecchi intossicati persistono nel vizio unicamente perchè risentono gli effetti della cocaina nell'ambito della sfera sessuale.

Durante l'ebbrezza cocainica e per qualche giorno dopo si ha insonnia ed anoressia, e disturbi transitori della vista (diplopia, scotomi, discromatopsia, ecc.) e dell'udito (sibili, ronzii, ecc.). Talvolta si hanno fenomeni transitori illusionali ed anche allucinatorii.

Infine durante il periodo della ebbrezza il cocainomane ha come un velo dinanzi alla sua coscienza morale. Non solo egli è capace di atti sconvenienti, immorali, ma li commette in pubblico senza rendersi conto della loro gravità.

Quando il nuovo adepto annusa per inesperienza una dose eccessiva di cocaina o quando nel corso della perversa abitudine il cocainomane assorbe per imprudenza o per accrescere la intensità delle sensazioni voluttuose una dose più del solito abbondante si può avere l'avvelenamento acuto. Questo è caratterizzato da disturbi cardiaci, o circolatorii, respiratorii e nervosi.

Per un'azione vaso-costrittrice dovuta evidentemente ad eccitazione del simpatico si ha pallore della faccia, raffreddamento delle estremità. Il paziente accusa inoltre ansia precordiale, dolori analoghi a quelli dell'*angina pectoris*, palpitazioni, ha tachicardia, intermittenze, tendenza alle sincopi. I disturbi respiratorii consistono in dispnea e talvolta in arresto completo della respirazione.

La fenomenologia nervosa è la più imponente e la più caratteristica. Gli avvelenati presentano eccitazione cerebrale, loquacità, agitazione; alcuni sono in preda ad ira più o meno violenta, altri piangono. Talora si ha uno stato quasi stuporoso. Frequenti sono le vertigini. Le allucinazioni visive e tattili, comunissime nella forma cronica, possono aversi anche nella intossicazione acuta. Le sensibilità tattile e muscolare sono spesso attutite. Si possono avere anche convulsioni a carattere epilettico.

Ai sintomi sopra accennati si possono aggiungere disturbi digestivi (ptialismo seguìto da diminuzione della secrezione salivare e secchezza della bocca, molto raramente vomito e

diarrea) e disturbi urinarii (oliguria e talvolta anuria per uno o due giorni). Talora si ha ipertermia.

Il decorso dell'avvelenamento acuto è molto vario. Talvolta si può avere rapidamente la morte; talora il collasso, il coma, lo stato sincopale durano parecchie ore, ma l'infermo finisce per ristabilirsi; tal'altra il paziente sembra guarito, ma può andar soggetto ancora per parecchi mesi a senso di oppressione, vertigini, sincopi, torpore delle estremità, difficoltà di parola ed inattitudine al lavoro.

Nel cocainismo cronico le sensazioni euforiche del principio non persistono, viceversa l'intossicato è preso da un indebolimento progressivo delle funzioni psichiche e da un decadimento somatico generale. La memoria è compromessa, specialmente quella delle date, donde un certo disorientamento nel tempo. I cocainomani diventano abulici, indecisi, apatici, incapaci di qualsiasi sforzo. Diventano tristi, irritabili, inaffettivi. Talora questo stato è interrotto da brevi accessi di attività.

Contemporaneamente si ha un indebolimento del senso morale, tanto più accentuato quanto più misere sono le condizioni economiche del soggetto, che per procurarsi il veleno non si arresta dinanzi ad alcuna forma di delitto. In genere si perde ogni senso di proprietà e di convenienza: l'avvelenato non vive che per la cocaina, che è l'unico scopo della sua esistenza.

L'insonnia ed i sogni terrifici analoghi a quelli degli alcoolisti sono molto frequenti.

Spesso si determinano forme psicotiche a base prevalentemente allucinatoria. Più frequenti sono le allucinazioni visive, che sono mobili, polimorfe, prevalentemente micropsiche, talvolta terrifiche, tal'altra piacevoli: spesso si ha zoopsia come nel delirio alcoolico. Anche le allucinazioni uditive sono frequenti: i pazienti odono rumori, voci che parlano della cocaina.

I disturbi della sensibilità generale sono molto frequenti. I cocainomani sentono sulla loro pelle muoversi vermi ed insetti, o si sentono coperti di acqua calda o fredda e simili. La sensazione di corpi estranei sulla pelle sembra un sintomo particolare dell'avvelenamento cocainico.

Con l'andare del tempo persistendo la intossicazione le allucinazioni si moltiplicano, si combinano, diventano più vivaci. Segue uno stato delirante il cui contenuto è talvolta persecutorio, tal'altra ipocondriaco.

Il cocainomane conserva, in mezzo alle allucinazioni, una certa lucidità di idee e conserva sia pure obnubilato l'orientamento nel tempo e nello spazio; ma spesso sotto la influenza di eccessi di cocaina o di altro genere, o per azione di traumi psichici o di intossicazione alcoolica può manifestarsi uno stato di confusione mentale allucinatoria analogo al delirio alcoolico. È appunto durante queste crisi che si verificano quelle scene drammatiche, quegli atti di violenza, quell'agitazione incomposta per la strada o nei luoghi di divertimento che provocano l'intervento della polizia. Questi accessi durano in genere parecchi giorni e la convalescenza di regola è molto lunga perchè lo stato generale è molto depresso.

Non è raro il caso che nello stesso individuo l'avvelenamento cocainico si aggiunga a quello di altre droghe voluttuarie. Alcuni cocainomani sono nello stesso tempo morfinomani, eteromani, alcoolisti; la sintomatologia diventa allora polimorfa e complessa. In genere i cocainomani più allucinati sono quelli che sono contemporaneamente alcoolisti.

Ai sintomi mentali si aggiungono i fatti dipendenti dall'intossicazione generale dell'organismo, dal difetto alimentare, dal genere di vita che menano i cocainomani. Questi sono magri, pallidi, hanno gli occhi incavati. La cocaina produce un'eccitazione generale del ricambio materiale e consecutiva utilizzazione delle sostanze di riserva.

Anche nell'avvelenamento cronico possono aversi convulsioni. Si notano talora tremori all'estremità ed alle labbra. La parola è talvolta disartrica, esplosiva. Il polso è frequente, aritmico. Spesso si ha tendenza alla iperidrosi.

Il cocainomane diventa sessualmente impotente e mentre prima aveva tendenza agli eccessi erotici e si era dato alla cocaina per meglio e più godere l'amore, finisce per preferire l'impotenza alla rinunzia al tossico.

Un sintoma molto caratteristico e speciale degli individui che prendono la cocaina, speche in soluzione mediante tamponamento delle fossa nasali, è la perforazione del setto; si tratta di un'erosione della parte cartilaginea del setto di forma rotonda ed ovalare, la quale può raggiungere anche il diametro di un centimetro.

***

La cura dell'avvelenamento cocainico acuto è semplice. Per lo più si tratta di combattere la tendenza alle sincopi o l'angoscia respiratoria. Si farà sdraiare il paziente orizzontalmente con la testa bassa e si pratica la respirazione artificiale. Poichè la cocaina ha un'azione vaso-costrittrice, gioveranno i vaso-dilatatori (nitrito d'amile, trinitrina). Eventualmente si praticheranno iniezioni di etere e di

caffeina. Le crisi epilettiformi si combatteranno con il cloralio o con il bromuro.

Il trattamento dell'avvelenamento cronico consiste essenzialmente nella soppressione del veleno. Al riguardo occorre avvertire che, a differenza di quanto avviene nella morfinomania, la disuassefazione brusca e rapida non provoca disturbi di sorta. Ma perchè si possa essere sicuri che il malato non ricada nel vizio ossia perchè il trattamento sia veramente efficace, è indispensabile l'isolamento ed una sorveglianza costante, energica. È ovvio che ciò non si può ottenere se non in adatti luoghi di cura.

La soppressione dell'abitudine cocainica determina un miglioramento rapido dei disturbi mentali, ma il cocainomane purtroppo rimane sempre un individuo tarato con una spiccata debolezza di tutto l'organismo e specialmente del sistema nervoso centrale.

Più che la cura, quindi, ciò che deve maggiormente interessare la società ed i poteri pubblici è quella della prevenzione del cocainismo cronico.

Purtroppo attualmente molte sono le condizioni che favoriscono il dilagare di questa piaga. È ben noto che la cocainomania è diffusa sopra tutto da coloro che essendone già colpiti cercano di far proseliti, e da coloro che cercano trarre illecito profitto dal commercio della droga fatale.

Se la guerra creò delle condizioni morali che favorirono lo sviluppo della cocainomania, il dopo-guerra l'ha incrementata per ragioni economiche.

La cocaina che trovasi in commercio proviene ora quasi totalmente dalla Germania dove si produce in enormi quantità per via sintetica. Il regime dei cambi favorisce la importazione di questo prodotto tedesco in tutti i paesi. Quando si pensi che un chilogramma della droga costa all'incirca mille lire e può essere venduto fino a 30,000 lire, ci si rende conto della intensità del traffico clandestino della droga e come esso sfugga ad ogni vigilanza.

E purtroppo le nostre leggi non prevedono il nuovo reato che fa tante vittime. Ed infatti l'autorità giudiziaria nel provvedere in seguito a denunzie fatte contro farmacisti non ha potuto sinora che emettere condanne a lievi ed inefficaci ammende in base all'art. 62 del T. U. delle leggi sanitarie. Nè più efficaci pene sono comminate ai non farmacisti che fanno illecito traffico degli stupefacenti. Da ciò la necessità di una nuova legislazione.

Dinanzi al Parlamento si trovano due progetti di legge al riguardo, uno dell'on. Bergamo, l'altro presentato dal Governo.

Il primo non sembra possa avere successo perchè monco ed incompleto, perchè non tiene conto dello smercio della cocaina da parte dei farmacisti, che verrebbe senz'altro proibito. L'altro, quello governativo, più armonico mentre è sufficientemente severo tien conto delle imprescindibili necessità terapiche.

L'art. 1 prevede il caso di chiunque, non essendo autorizzato alla vendita di prodotti medicinali, e non facendo di essi notorio ed abituale commercio, vende od in qualsiasi modo somministra al pubblico sostanze con azione stupefacente ovvero ritiene le sostanze stesse per venderle o somministrarle.

Le pene comminate, e cioè la reclusione da due a sei mesi e la multa da lire 1000 a lire 4000 sono, nella loro entità, proporzionate alla dannosità sociale insita nel fatto illecito, e tendono, attraverso l'efficace repressione del delitto, a combattere quell'illecito commercio che si è andato clandestinamente sviluppando ad opera di persone senza scrupoli.

Nel caso di recidiva, il capoverso dell'articolo aumenta le pene, per la maggiore pericolosità del delinquente, con l'aggiunzione obbligatoria alla pena principale — nel caso che il colpevole eserciti una professione od arte, che abbia servito di mezzo a commettere il reato, o lo abbia comunque agevolato — della sospensione dalla professione od arte per un periodo da tre a sei mesi.

L'art. 2 punisce con le stesse pene sancite dall'art. 1 i fabbricanti, commissionari e commercianti di prodotti chimico-farmaceutici, i quali forniscano in qualsiasi modo le sostanze contemplate dalla legge a persone che non sieno autorizzate ad acquistarle per l'esercizio della loro professione, o per uso scientifico. L'elemento psicologico del reato consiste anche qui nella consapevole volontà di fornire dette sostanze a chi, non essendo autorizzato a farne acquisto per un uso lecito, non può che destinarle all'uso che la legge intende reprimere.

L'art. 3 prevede il caso che il delitto sia commesso da persone autorizzate a vendere al pubblico prodotti medicinali a dose e forma di medicamento, vale a dire dai farmacisti, e fissa, come pena, la reclusione da 3 a 7 mesi e la multa da lire 1500 a lire 5000. La fissazione di pene maggiori, di quelle di cui all'art. 1, è giustificata dalla considerazione che, nella specie, il dolo generico è aggravato dalla violazione degli speciali doveri professionali, onde si ha una maggiore pravità del delinquente. E devesi a questa considerazione, se la sospensione dell'esercizio professionale, stabilita dal capoverso dell'art. 1 da mesi tre a mesi sei, è anche qui obbligatoria, ma per una durata eguale a quella

della pena restrittiva della libertà personale, che sarà inflitta, in conformità alle disposizioni dell'art. 35 del Codice penale.

L'art. 4 commina l'aumento della pena, sancita dagli articoli precedenti, da un quarto alla metà, se la vendita o la somministrazione delle sostanze stupefacenti venga fatta a persone di età minore, considerando tale ipotesi, come un aggravante da reprimere con maggiore severità, per il carattere più riprovevole dell'atto, in concreto compiuto.

In relazione poi all'obbligo, che viene fatto ai medici col primo comma dell'art. 5, di indicare nelle ricette per le prescrizioni delle sostanze, contemplate nel disegno di legge, il cognome, il nome ed il domicilio dell'ammalato, a cui le rilasciano, è fatto divieto, con l'articolo stesso, ai farmacisti di spedire ricette mancanti delle predette indicazioni; la inosservanza di tali modalità, se avvenute per pura negligenza, perchè in caso di dolo si ha la figura di delitto prevista dall'art. 3, dà luogo ad una semplice contravvenzione, donde la comminatoria dell'ammenda da lire 300 a lire 1000.

La stessa ammenda è sancita, con aggravamento pertanto delle penalità in atto previste, nel caso che i farmacisti, nella spedizione delle ricette prescriventi le sostanze, contemplate nel disegno di legge, non osservino le disposizioni, di cui all'art. 61 del Testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, ed all'art. 49 del regolamento approvato col Regio decreto 13 luglio 1914, n. 829, e cioè non conservino presso di loro le ricette originali, o, riconoscendo in una ricetta la prescrizione di dette sostanze a dosi non medicamentose o pericolose, non esigano che il medico dichiari per iscritto nella ricetta stessa che la somministrazione è sotto la sua responsabilità, ed a quale uso deve servire.

Nell'intento poi di rendere più proficua sotto ogni riguardo la vigilanza, che dovrà sempre essere esercitata per impedire l'illecito commercio, e di facilitarne la repressione, l'art. 6 sottopone i prodotti chimico-farmaceutici ed i farmacisti all'obbligo di uno speciale controllo, per quanto riguarda l'entrata e l'uscita di sostanze velenose stupefacenti.

Le modalità e le forme di tale controllo saranno stabilite nel regolamento alla legge.

Sono però in questa fissate le penalità per i contravventori, penalità, che, anche in questo caso, ed in considerazione degli speciali doveri professionali, che loro incombono, sono aggravate in confronto ai farmacisti, aggiungendosi alla multa la chiusura della farmacia sino al termine massimo di un mese.

L'art. 7 stabilisce la confisca dei prodotti, che hanno servito come mezzo a commettere il reato, ciò che è naturale conseguenza della loro intrinseca particolarità.

Tutte le multe e le ammende, sancite nelle disposizioni del disegno di legge, superano sensibilmente, nella loro entità, quella misura, che potrebbe ritenersi normale, e ciò sia per ottenere la giusta repressione dell'*animus lucri faciendi*, che caratterizza la specifica attività illecita del reato, sia in considerazione altresì dell'attuale deprezzato valore della moneta.

Tende infine ad additare al pubblico biasimo le persone che siensi rese colpevoli del delitto, così tipicamente esiziale alla morale ed alla salute pubblica, e ad integrare gli effetti della sanzione punitiva, mediante il discredito, che non può non colpire chi si è reso autore di simili reati, la disposizione contenuta nell'ultimo articolo del disegno di legge, per effetto della quale la sentenza di condanna dovrà essere pubblicata, integralmente o per estratto, a spese del condannato, in un giornale da designarsi nella sentenza stessa tra quelli più diffusi nel luogo in cui fu commesso il reato.

***

La legge su accennata se severamente applicata potrà porre un argine al dilagare del male, ma non si potrà pretendere che essa lo essicchi nelle fonti. Le sanzioni penali per quanto severe non potranno avere efficacia nella prevenzione di una tanta piaga se non coadiuvate da un'attiva propaganda sui danni individuali e sociali derivanti dalla passione dei veleni voluttuari. In Francia dove la cocainomania si diffuse prima e più largamente che in Italia, sono già in applicazione da qualche anno leggi repressive al riguardo, ma gli effetti non sembrano soddisfacenti. La repressione legale, il controllo dei poteri pubblici non può essere che un sussidio, un aiuto ad un'opera vasta e profonda di educazione e di preparazione morale.

G. DRAGOTTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA CHIRURGICA GENERALE DI SIENA.
Direttore prof. VITTORIO REMEDI.

Su le ferite da impalamento del retto.

Contributo Clinico-Casistico

per il dott. GIULIO REGOLI, assistente.

Fra le lesioni del retto, molto importanti, ma poco comuni, abbiamo le ferite da impalamento, prodotte da corpi acuminati, i quali possono ledere il retto sia direttamente, cioè penetrando per il foro anale e ledendo dopo un tratto più o meno lungo il retto stesso, sia indirettamente e cioè ledendo l'ultima porzione del tubo digerente, dopo aver perforato i tessuti di una delle regioni più vicine.

Le ferite da impalamento del retto possono o semplicemente ledere quest'organo, oppure possono accompagnarsi a lesioni di altri organi e regioni del corpo umano, con conseguenze gravissime, quali una peritonite generalizzata, quasi sempre letale, se è stata lesa la cavità addominale, per il fatto che oltre al corpo estraneo che viene a contaminare il peritoneo, si può avere il versamento di sostanze fecali nella cavità peritoneale stessa.

Oltre al peritoneo, la vescica urinaria si trova maggiormente esposta ad essere colpita da un corpo che si fa strada dal basso all'alto, attraversando il retto, a causa della sua peculiare posizione nell'addome. Però la vescica può essere lesa senza che il corpo acuminato, penetrato dal retto, perfori prima il peritoneo, perchè può avvenire che l'agente vulnerante segua la via estraperitoneale, passando per lo spazio prerettale, fino ad arrivare alla faccia posteriore della vescica, dopo aver perforato la parete anteriore dell'estremità inferiore del tubo digerente.

E per quanto le ferite del retto per impalamento, costituiscano un capitolo abbastanza importante della patologia chirurgica, fino ad oggi sono state poco trattate dagli AA., forse a causa della loro rarità.

Scorrendo la letteratura infatti vediamo che le lesioni del retto per impalamento, sono appena accennate nei trattati più autorevoli sia esteri che italiani: tantochè nel trattato di chirurgia del Bergmann, troviamo queste parole che riguardano le lesioni di tal genere:

« In un caso per una cornata di una vacca, si produsse una lesione del retto: ad ognuno che cade sopra un oggetto acuminato, può capitare che questo gli penetri nel retto, come accadde a quel soldato di cui riferisce Esmarch, che cadendo sopra un palo se lo conficcò attraverso il retto e la vescica. Tali lesioni si chiamano impalamenti. (*Lesioni del retto*. Bergmann, Trat. di Chir., 1904. Milano, Soc. editr. libr., vol. IV, pag. 25).

Nel Trattato italiano di chirurgia, si parla delle ferite da punta in generale, ma non si accenna per niente alle ferite da impalamento del retto.

Nel Le Dentu et Delbet, *Traité de Chirurgie*, vol. VIII, pag. 413, *Plaies du rectum*:

« Les empalements accidentels, chute sur des pierres, coups de corne, produisent des plaies contuses irrégulières d'autant plus graves qu'elles intéressent presque toujours les organes voisins, vessie, vagine ».

Come si vede anche nei trattati dove si accenna agli impalamenti, vengono poco discusse le lesioni riguardanti il retto.

Ricercando nella letteratura per riguardo alla casistica di queste tre ferite, si trova che anche in questo campo l'argomento è poco trattato.

Tre soli lavori di casistica nel 1907 (Quénu, Sieur, Délorme), un caso del Gentil nel 1912, e tre casi del Pozzo, nei quali però la ferita del retto era secondaria ad una ferita delle regioni prossimiori. Un caso di Lenormant nel 1914.

Per riguardo al lavoro del Pozzo, che è un contributo allo studio degli impalamenti accidentali, compiuto in questa Clinica Chirurgica stessa, troviamo che l'A. anzitutto considera le ferite da impalamento differenziandole dalle altre ferite, e chiamandole ferite di punta e contuse, e giustamente critica quegli AA. che chiamano ferite da impalamento, quei traumi dati da cocci di porcellana, da vetri rotti, da infissione su grate di ferro appuntite e taglienti, lesioni che dice l'A.: « se possono prodursi con il meccanismo per cui ha luogo più di comune l'impalamento, non hanno con questo comune il momento patogenetico causale, e differenziano quindi per la loro Anatomia Patologica, dalle lesioni tipiche di cui ci occupiamo ». (Clin. Chir., anno 1912, pag. 1555). L'A. sostiene con ragione che questi traumi su cocci e grate di ferro a punta e taglienti, debbano riportarsi nel gruppo delle lesioni lacere, da taglio e da infissione.

Ricordati così i pochi accenni che ho trovati per riguardo agli impalamenti, descriverò il caso occorso in questa Clinica.

Ugo R., di Ferdinando e della fu Maria Lazzerini, bracciante, da Casole d'Elsa, di anni 14. Viene ricoverato di urgenza alle ore una del mattino del 10 agosto 1920, in condizioni gravissime, con polso piccolo e frequente, stato di semi-incoscienza, respiro affannoso, psiche molto depressa. Esaminato subito a prima vista si nota fuoriuscita dal foro anale di liquido sanguinolento, e divaricando i glutei si scorge in alto e nell'interno, nella parete anteriore del retto, a tre

centimetri circa dal foro anale stesso, una ferita irregolare a margini contusi ed arrossati. Dalla ferita fuoriesce liquido sanguinolento che meglio esaminato, fa subito sospettare trattarsi di orina. Medicato a piatto il P. si passa ad esaminare l'addome, che è tumido, dolente, specialmente nella regione prepubica, tanto che si provoca forte dolore ad ogni men che piccola palpazione. In corrispondenza della regione vescicale esiste ottusità.

Il padre che accompagna il ferito, racconta che il giovanotto mentre scaricava delle manne di grano da un carro, era scivolato dal monte di grano ed era caduto sopra un cavicchio (palo) del carro stesso, rimanendovi infilato per il foro anale.

Estratto a forza dai famigliari, che in sul principio non capirono l'importanza e la gravità della ferita, fu portato dal Sanitario locale che fece diagnosi di perforazione del retto e della vescica, e che consigliò il suo ricovero all'ospedale. Il ferito dopo il trauma non aveva più orinato.

Persistendo la fuoriuscita del liquido sanguinolento dal foro anale, praticai il cateterismo con una Nhélaton, raccogliendo circa trecento centimetri cubici di orina mista a coaguli di sangue. Si lascia il catetere a permanenza, si applica la vescica di ghiaccio all'addome, si prescrive la dieta assoluta, si pratica l'iniezione antitetanica.

Alle otto di mattina le condizioni del P. sono stazionarie, le orine raccolte nella mattinata non presentano più nè la colorazione rossastra nè i coaguli sanguigni, ma all'esame chimico, danno positivissima la presenza del sangue. Polso 120, R. 35, temperatura 38°.

Il giorno 11 cade la temperatura: polso 105, R. 30. Il giorno 12 sempre apirettico, polso 100, R. 26, addome meno teso e meno dolente, condizioni generali migliorate, localmente la ferita non presenta nulla di notevole, persiste sempre lo scolo di liquido da essa.

Al settimo giorno l'esame chimico delle orine che era stato fatto quotidianamente, dà negativa la presenza di sangue.

L'addome è indolente, il P. che da due giorni ha preso un po' di latte, asserisce di aver fame ed insiste per mangiare.

Persiste sempre scolo di liquido dalla ferita intrarettale, che è notevolmente migliorata. Si toglie il catetere a permanenza. Intanto si può benissimo affermare che si era costituita una comunicazione retto-vescicale, e tale comunicazione si mantenne per circa quindici giorni, tanto che malgrado il P. fosse in ottime condizioni, fu trattenuto in Clinica, giacchè si temeva di dover intervenire in secondo tempo, per eliminare la fistola retto-vescicale, che minacciava di stabilirsi permanentemente.

Invece la ferita della vescica si chiuse spontaneamente e dopo trenta giorni di degenza, il 9 settembre 1920, il P. veniva dimesso completamente guarito.

Il caso citato è interessante sia perchè la ferita era all'interno del retto, senza lesione esterna, tanto che bisognava divaricare notevolmente i glutei per poter vedere la ferita stessa, sia perchè il palo dopo aver perforato la parete anteriore del retto, era passato nella pelvi attraversando lo spazio prerettale, senza quindi penetrare nella cavità peritoneale, e perciò si spiegano i lievissimi risentimenti peritoneali e le nessune complicanze consecutive, e poi era penetrato in cavità vescicale, perforando completamente la parete posteriore della vescica. Degno di nota pure è il fatto che malgrado che il palo si sia fatto strada attraverso una regione ben vascolarizzata, non siano stati lesi dei vasi di grosso calibro, e questo si spiega pensando che per la peculiare elasticità dei vasi stessi, questi sono potuti sfuggire al palo che ha agito divaricando i tessuti come nelle ferite da punta.

Nella Letteratura ho trovati citati solo quattro casi di impalamento del retto con penetrazione nella vescica (Esmarch, Délorme, Gentil, Lénormant), ma in questi casi era stato sempre leso il peritoneo, tanto che bisognò sottoporre i pazienti ad intervento cruento, mentre che nel caso da me osservato, non si praticò alcun intervento e ci si limitò a medicare a piatto il retto, e a tenere per circa una settimana il catetere a permanenza in vescica ed il ghiaccio all'addome. Ma prescindendo dall'interessamento della vescica, possiamo considerare anche veramente rare le ferite da impalamento del retto, poichè nella Letteratura ne ho trovati citati circa dodici casi solamente.

Concludendo, abbiamo una ferita da impalamento del retto, senza lesione esterna, con perforazione della parete rettale anteriore a circa tre centimetri di distanza dall'apertura anale, con penetrazione in cavità vescicale per via estraperitoneale, e con guarigione completa del paziente, senza intervento cruento.

LETTERATURA.

QUÉNU. *Ferita del retto per impalamento.* Accademia di Medicina di Parigi. Seduta del 2-8 gennaio 1907.

SIEUR. *Un caso di impalamento con perforazione della parete anteriore del retto, contusione della parete della vescica e perforazione del peritoneo.* Accademia di Medicina di Parigi, 1907.

DÉLORME. *Ferita del retto e della vescica per impalamento.* Società di Chir. di Parigi. Seduta 30 gennaio 1907.

GENTIL. *Impalamento, fistola retto-uretro-vescicale consecutiva; guarigione.* Lyon Chirurgical, febbraio 1912.

LÉNORMANT. *Un caso di ferita della vescica e del retto per impalamento.* Journal d'urologie, n. 1, 1914.

A. POZZO. *Di un peculiare tipo di traumi con lesioni contuse e di punta.* Clinica Chirurgica, 1912.

DEETS. *Extraperitoneale Pfählungsverletzung mit Blasen-Mastdarmfistel.* Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. LXXIX.

LE DENTU et DELBET. *Plaies du rectum.* Traité de Chirurgie. Paris, 1908.

R. ARCISPEDALE DI SANTA MARIA NUOVA
E STABILIMENTI RIUNITI DI FIRENZE.
2° Turno Chirurgico
diretto dal prof. O. MARCHETTI.

Di un non comune corpo estraneo dello stomaco

Osservazione Clinica.

Dott. GIOVANNI CAROSSINI, assistente.

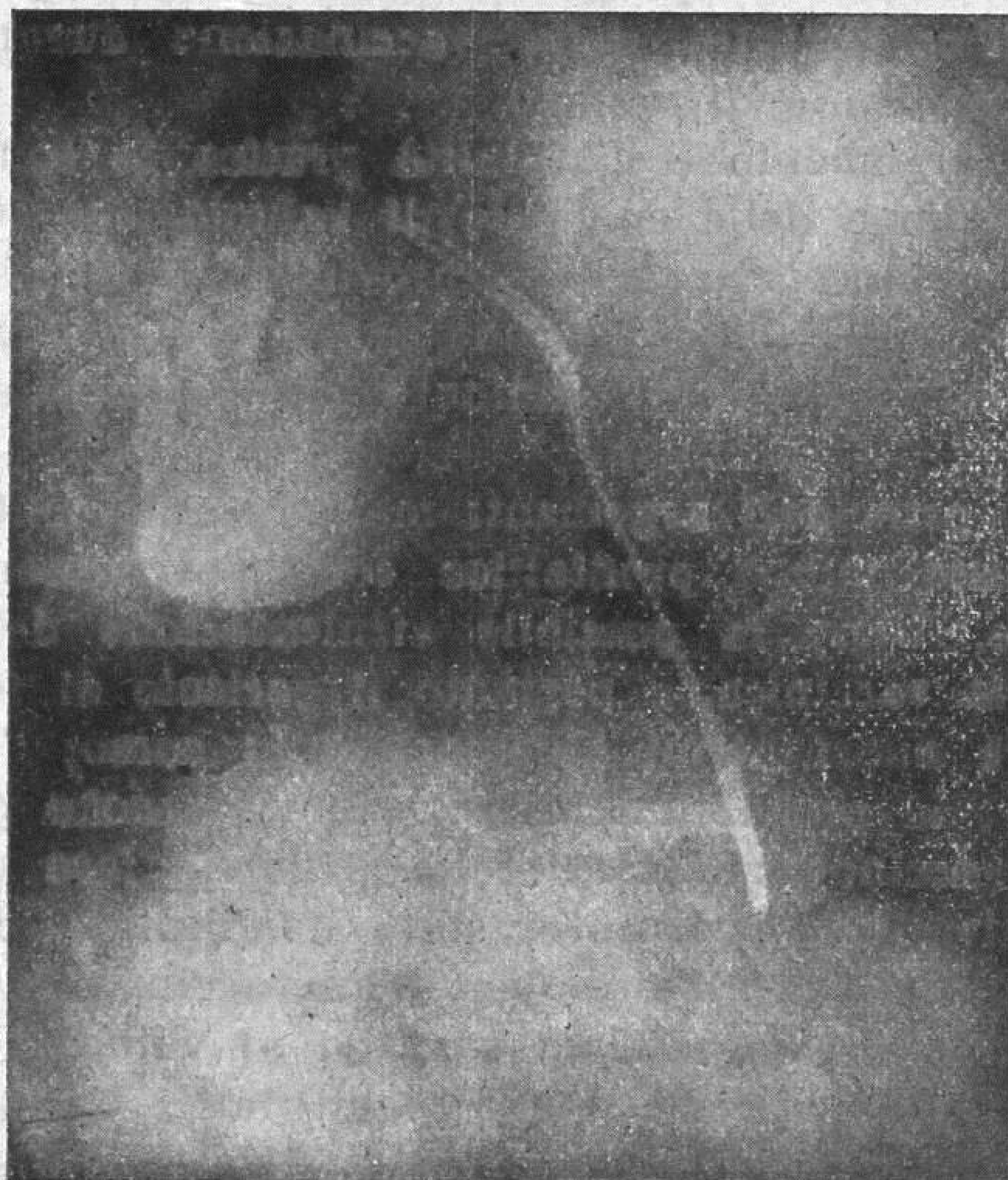
Fra i molti corpi estranei, caduti per una ragione o per altra, nel primo tratto delle vie digerenti e che sono stati descritti ed illustrati specialmente dopo che l'aiuto della Radioscopia ne ha potuto ancor meglio identificare le sedi; quello di cui intendo parlare — se non è il primo per la qualità del corpo estraneo caduto nello stomaco (grossa forchetta) — potrà riuscire molto interessante per la sua peculiare ubicazione gastrica e per le probabili complicazioni gravi che da questa potevano derivare.

Riferisco senz'altro la storia clinica, il decorso e la qualità dell'intervento, riserbandomi di illustrare, alla fine, le cose più salienti presentate da questo caso.

R. N., di anni 24, domestica, da Firenze. Nel mangiare in fretta del pesce le occorse di deglutire una grossa lisca la quale rimase impigliata nel retrobocca o forse nel primo tratto dell'esofago in una ubicazione che non fu dato di poter precisare. La donna, impressionata e molestata da ciò, e più ancora dall'idea di doversi sottoporre ad un qualsiasi intervento operativo, tentò più volte, con varii strumenti, da sè stessa, di rimuovere detto corpo estraneo; finchè riuscito vano ogni tentativo provò di ottenerne l'estrazione mediante l'introduzione nel faringe del manico di una comune forchetta da tavola. La paziente riferisce che, dopo non pochi inutili tentativi e molti conati di vomito, la forchetta fu spinta in basso ed avviata verso l'esofago. Dopo un'alternativa di conati di vomito, e di atti di deglutizione, trovandosi sola e non potendo perciò essere soccorsa, la forchetta cominciò a discendere e rapidamente raggiunse lo stomaco, ove produsse ben tosto intensi dolori. La paziente fu allora costretta a ricorrere alle cure di un sanitario, il quale la inviò a questo Ospedale, ma quivi essa non fu ricoverata che dopo due giorni.

La radiografia, che qui riproduco, mostra meglio di ogni descrizione la posizione del corpo estraneo in parola e fa edotti circa le giuste apprensioni del Chirurgo che dovette intervenire. L'essere l'estremità del manico in corrispondenza della grande curvatura dello stomaco, in prossimità dell'antro pilorico, e l'estremità forcuta (data l'obliquità della forchetta dal basso all'alto e da destra verso sinistra) in vicinanza del cardias ed alla sinistra di questo, in modo da resultare immediatamente al di sotto del diaframma, nella sua parte più sottile, aponevrotica, in immediata vicinanza dell'aia di inserzione pericardica, giustificavano i timori che il più piccolo conato di vomito potesse spingere la punta della forchetta verso il cuore, non riuscendo di troppo ostacolo la parete gastrica ed il sottile spessore diaframmatico con gli evidenti danni da ciò derivabili.

Dato il pericolo di cui sopra si comprende



come si dovesse procedere con la massima cautela nella narcosi. Il prof. Marchetti che la operò, per ottenere la immediata immobilizzazione della paziente e per evitare i probabili conati di vomito che si hanno all'inizio della narcosi, pensò di iniziarla con inalazione di cloruro di etile, continuandola poi con etere, in modo da avere continuità fra la prima e la seconda. Riuscendo così perfettamente nell'intento, si praticò una laparatomia mediana, e con una gastrostomia anteriore si estrasse, con relativa facilità, il corpo estraneo.

Esito: Guarigione perfetta.

COMMENTI.

Si può vaccinare durante un'epidemia di vaiuolo?

Dott. G. POLLACI
docente d'anatomia patologica e di patologia medica nella R. Università di Palermo.

Il prof. A. Ilvento recentemente nel fasc. 25 del corrente anno di questo periodico, Sez. Pratica, in un pregevole studio si è occupato dell'opportunità della vaccinazione durante un'epidemia di vaiuolo.

L'argomento è d'attualità pratica in considerazione delle epidemie di vaiuolo, che tuttora funestano talune provincie d'Italia, e perchè sulla vaccinazione in periodo epidemico esistono ancora opinioni contraddittorie anche fra i vaccinisti.

I principali argomenti messi avanti contro questo mezzo profilattico sono specialmente due. Uno: la possibile virulentazione della linfa vaccinica, e pertanto il pericolo di fornire nuovi germi all'epidemia in corso; l'altro: la probabilità della esistenza, anche per il vaccino artificiale, della cosidetta fase negativa dell'immunità, stato anafilattico che può rendere gli organismi dei vaccinati ipersensibili, e perciò più recettivi al vaiuolo.

Il prof. Ilvento cita diversi fatti, capitati alla sua osservazione, riporta diverse statistiche contrarie a queste argomentazioni, e favorevoli alle vaccinazioni in periodo epidemico. S'intrattiene della gravissima epidemia vaiuolosa nella provincia di Palermo del 1911-12, che diede nella sola città capoluogo 6353 casi in circa 11 mesi di durata, con l'elevatissima mortalità del 41 %.

In quell'epoca io dirigevo a Palermo i due Lazzaretti municipali per i vaiuolosi: *Passo di Rigano* e *Sesta Casa*, dove in 11 mesi furono ricoverati 2979 infermi di vaiuolo.

Questo numero non indifferente d'infetti, mi permise uno studio assai esteso sull'immunità vaccinica dei vaiolosi, che pubblicai a suo tempo nella *Riforma Medica* dell'anno 1912 al N. 32.

Allora insieme agli infermi, sia per necessità d'assistenza ai piccoli ricoverati, sia per provvedere a speciali contingenze di famiglia, furono ricevute altre 1585 persone sane, e 181 furono gli individui chiamati successivamente in servizio a coprire gli 83 posti di servizio nei due Lazzaretti, quali sanitari, sorveglianti, infermieri, infermiere, inservienti.

Tutte queste persone appena entrate — per misura profilattica — furono innestate di linfa vaccinica.

Pertanto mi trovo raccolto un materiale di 1766 fra vaccinazioni e rivaccinazioni, fatte su soggetti di tutte le età, e in contatto continuo con gli infetti.

Essendosi adesso riaperta la discussione sull'utilità della vaccinazione in periodo epidemico, ho creduto di un certo interesse il rivedere il mio materiale d'osservazioni sul proposito, e riassumerlo in questa nota, come un contributo alla soluzione di una controversia tanto pratica e tanto interessante.

Nei due Lazzaretti di Palermo in 11 mesi si fecero, come sopra ho detto, 1766 innesti di linfa vaccinica, su persone di tutte le età, come vaccinazioni o rivaccinazioni, a seconda che essi avevano subito o non la vaccinazione fuori dei Lazzaretti.

Di essi 982, pari al 55 %, riuscirono positivi; 717, pari al 40 %, negativi; 267, pari al 15 %, sconosciuti, perchè i soggetti abbandonarono gli ospedali, prima dell'epoca necessaria per controllare l'esito.

Nelle 982 vaccinazioni e rivaccinazioni positive non si ebbero a lamentare accidenti degni di rilievo.

Si osservarono quattro casi di roseola vaccinica generalizzata a tipo scarlattiniforme in piccoli bambini, vaccinati al disotto di tre anni.

Questa complicanza ebbe la durata di pochi giorni: tre, quattro giorni; decorse con leggera elevazione termica, si ebbe guarigione completa, senza desquamazione.

Non si lamentarono casi di vaccino generalizzato, penfigo, eczema, porpora; non si ebbero infezioni secondarie da piogeni: impetigini, ectima, vaccino ulceroso, eresipela, settico-piemia, flemmoni, ascessi, ecc.; non si ebbero casi di sifilide.

Le rivaccinazioni per lo più diedero luogo alle pustule attenuate vaccinoidi di Trousseau e Dumontpallier.

Rare volte si notarono le caratteristiche manifestazioni dermiche, proprie a vedersi nelle vaccinazioni.

Gli innesti da rivaccinazioni attecchirono per la massima parte sui soggetti, che avevano subìta la vaccinazione oltre il quinto anno.

Però si notarono rivaccinazioni positive praticate in epoca molto vicina alla vaccinazione, financo dopo 11 mesi, in soggetti di tenera età, appena ad un anno di nascita.

Si ebbero rivaccinazioni positive dopo pochi mesi di rivaccinazioni negative, anche dopo un mese.

Tutte le 181 persone assunte in servizio furono risparmiate dall'infezione vaiolosa, quan-

tunque continuamente in contatto con gli infermi.

Fra i 1585 coabitanti 46 si ammalarono di vaiuolo dentro i Lazzaretti, cioè il 2 %, tutti guarirono.

Di questi 46 colpiti, 31 ebbero la vaccinazione o rivaccinazione negativa, e dopo pochi giorni dall'innesto a vuoto e dallo ingresso in ospedale (da 2 a 8 giorni) mostrarono i segni dell'invasione vaiolosa.

Negli altri 15 le vaccinazioni o rivaccinazioni dei Lazzaretti riuscirono positive; però in 12 l'invasione morbosa sopravvenne in un periodo di tempo, oscillante fra i 2 ai 12 giorni della subìta inoculazione vaccinica.

In 3 solamente l'attacco apparve in epoca più remota dall'innesto positivo immunizzante: uno al sedicesimo, uno al ventesimo, uno al trentesimo giorno della inoculazione vaccinica.

Pertanto fra i 982 individui vaccinati o rivaccinati con esito positivo nei lazzaretti, *solamente* 15 *furono colpiti da una forma mite di vaiolo* (*vaioloide o vaiolo discreto*), non solo, ma in 13 di essi l'attecchimento morboso avvenne infra i 12 giorni dall'innesto, cioè in un periodo di tempo in cui l'immunità vaccinica, o non si era sviluppata, o non era al completo nella sua massima efficienza.

Questo breve riassunto io credo che sia abbastanza convincente, e più persuasivo di qualsiasi altra argomentazione scientifica, a favore della vaccinazione e rivaccinazione durante l'epidemia.

Pericolo di diffusione della infezione vaiolosa per l'innesto immunizzante praticato nel corso di un'epidemia, nessuno, esista o non esista la fase negativa per l'immunità vaccinica artificiale, all'atto pratico questo stato anafilassante, ipersensibile, nei vaccinati o rivaccinati non ha importanza reale.

Dei 15 colpiti di vaiolo attenuatissimo nei lazzaretti da me diretti, 3 solamente lo furono in periodo tardivo; 12 infra la settimana e mezza dall'innesto.

Questa infezione nelle 12 persone non fu generata dalla esistenza della fase negativa dell'immunità, perchè se così fosse stato, i soggetti — ipersensibilizzati — dovevano in massima parte contrarre una forma gravissima di vaiolo, con esito spesso mortale, come si suole avere in quelle infezioni che sono favorite dallo stato negativo.

Non solo, se questo periodo anafilassante fosse esistito realmente nei soggetti immunizzati, in 982 innesti positivi, praticati su individui così esposti al contagio, che vivevano in piena comunità con gli infetti, noi avremmo dovuto lamentare altrettanti casi di vaiolo gravissimo, e non 15 solamente.

Questi 15 casi di vaioloide e di vaiolo discreto che si ebbero in 982 innestati, 12 furono conseguenza di una infezione che già si trovava incubata nel momento della inoculazione immunizzante, e che aveva invaso i soggetti pochi giorni prima, durante o poco dopo l'innesto vaccinico, quanto appunto gli anticorpi della pustula o non si erano ancora prodotti, o non si trovavano nell'organismo infetto in quantità sufficiente.

Le antiche ricerche sperimentali di Sacco nel 1809, e la lunga esperienza clinica, hanno assodato che l'immunità vaccinica è al completo solamente dopo circa 12 giorni dalla vaccinazione.

In questi 12 casi la pretesa fase negativa per nulla influenzò l'infezione, la quale in tutti e dodici tenne un decorso mitissimo.

I 3 casi d'insorgenza tardiva del vaiolo, nei soggetti inoculati di linfa, si manifestarono rispettivamente dopo 16, 20, 30 giorni dall'innesto.

Questi soli tre casi, anche essi mitissimi, sono delle eccezioni rarissime di mancata, insufficiente, o fugace immunità, che non infirmano certamente l'utilità di questo mezzo di difesa, nè depongono sicuramente a favore delle opinioni di coloro, che vedono un pericolo nella vaccinazione e rivaccinazione, durante l'epidemia di vaiolo.

I 15 casi di vaioloide e di vaiolo discreto, rispetto ai 967 restati indenni d'infezione, pur essendo positivamente inoculati, e in una comunità così intima con gli infermi, costituiscono tale quantità sparuta, da essere autorizzati a non tenerne conto.

Una riprova sperimentale sulla innocuità di questo mezzo profilattico, più dimostrativa di questa che io ho ricavata dal materiale *coabitanti* dei Lazzaretti di Palermo, credo che difficilmente si possa avere.

Giugno, 1921.

DALLA PRATICA, PER LA PRATICA

OSPEDALE CIVILE DI CLUSONE (BERGAMO)

I criteri che regolano la cura medica e l'intervento chirurgico in alcuni casi di patologia addominale [1]

per il dott. PIETRO GILBERTI,
chirurgo dirigente.

L'APPENDICITE.

La cura dell'appendicite è un problema che malgrado gli innumerevoli lavori e discussioni a cui ha dato origine, non è ancora risolto in tutti i suoi dettagli.

Oggi però il principio della terapeutica è quasi definitivamente stabilito e universalmente accettato.

Comunque il dire che ogni appendicite deve essere operata ha certamente l'aspetto di una esagerazione. La cura medica ha pure il suo valore e ciascuno di noi avrà dovuto riconoscere che anche col trattamento medico parecchi appendicitici acuti sono passati a guarigione.

Quale dunque può essere la condotta del medico pratico di fronte ad un appendicitico?

Questa malattia ad andamento polimorfo si è prestata assai bene a far variare le idee dei singoli autori e le opinioni sono ormai tante ed appartengono a clinici ed a primari così valenti che è veramente difficile orientarsi senza la guida della propria pratica personale.

Tanto per dare un'idea di queste discordanze riporto ciò che alcuni autori fra i più noti hanno cercato di stabilire in proposito.

Nel compendio di patologia chirurgica del Begouin, Bourgeois, ecc., si legge che il principio della terapeutica appendicolare è stabilito nel senso che « *ogni appendicite dev'essere operata* ».

Il Frankes andando più in là sostiene che « *l'appendicite appartiene in ogni sua fase* (!) *alla chirurgia* ».

Il Robin al contrario con una statistica di ben 210 casi di cui solo 4 furono consegnati al chirurgo, afferma che la cura medica è la vera razionale e ordinaria cura dell'appendicite: solo eccezionalissima e di stretta necessità quella chirurgica.

Fra questi estremi limiti la pratica ha suggerito una via di mezzo che per quanto tenda preferibilmente verso la cura chirurgica in quanto è radicale, regolata da certi criteri di prudenza e di opportunità la fanno apparire senz'altro più razionale anche nel concetto del paziente e dei suoi famigliari.

In pratica dunque la questione verte sulla opportunità dell'atto operativo e sulla scelta del momento più adatto.

Quale sarà la gravità dell'attacco?

Come si svolgerà?

Necessiterà l'intervento immediato così detto precoce, o si potrà procrastinare fino a fare l'operazione a freddo?

La cura medica ha per iscopo di non lasciar trasformare in appendicite grave una crisi benigna, di favorire la guarigione dell'attacco acuto in modo da permettere l'operazione tardiva a freddo.

Quindi la cura medica che è sempre la prima ad essere esperita è di una delicatezza e di una importanza non indifferente.

Tutto lo sforzo del medico deve tendere a mettere in riposo l'appendice ed il tubo digerente, ad esperire i mezzi che crede migliori come antiflogistici saggiando la tollerabilità del paziente per il caldo e per il freddo, e fin da principio deve pensare alla eventualità di allearsi un chirurgo, poichè la caratteristica ordinaria dell'attacco appendicolare è il dubbio riguardante l'andamento e lo svolgersi della crisi fra le angosciose alternative di timori e di speranze, di calme infide, di fatti imprevisti ed imprevedibili che possono portare a subitanei peggioramenti. Potendo è vantaggioso quindi consigliare l'intervento precoce, molto più che la terapia medica pur non escludendo, che in qualche caso abbia raggiunto la *completa vittoria* sul male, se riesce in via ordinaria a scongiurare la gravità dell'attacco, non può essere considerata una cura radicale.

Si può dire che l'intervento precoce ebbe origine da queste variazioni. Dall'esito brillante di esso ne venne poscia riconosciuto e convalidato il suo valore. Ma l'intervento sistematicamente effettuato nelle prime 24 ore fino alle 48, se in Inghilterra, in Francia e specialmente in Germania tende ad avere il predominio anche perchè l'appendice si può asportare colla stessa facilità che nell'appendicectomia a freddo, da noi in pratica numerose cause ne limitano la sua applicazione.

Prescindendo dal fatto più ordinario che il chirurgo viene chiamato il più delle volte troppo tardi, anche nei casi in cui vede in tempo utile l'ammalato, trovasi a lottare contro la riluttanza dei parenti che non vogliono accettare improvvisamente un atto operativo di così grave importanza, essendo consuetudine calcolare sulla nota possibilità di superare l'accesso anche senza l'operazione.

In questi casi il dilemma è assai penoso.

(1) Vedi fascicoli 20 e 23.

Supponiamo che la diagnosi di appendicite acuta sia stata stabilita in modo certo: possiamo noi valutare l'entità della crisi tanto da poterne stabilire la gravità ed il decorso?

L'intervento si potrà differire? Per questo ci sentiremmo indotti ad operare subito e vi insisteremmo se i parenti non richiedessero da noi quelle garanzie che pur convinti del valore dell'atto operativo, non possiamo, nè dobbiamo dare in quanto che se per avventura mancasse il brillante esito dimostrato dalle statistiche dei grandi e valorosi sostenitori della *Früh operation*, ci potrebbe capitare la sorpresa di vederci coprire di una colpa che proprio non ci spetta.

Insomma, clinicamente e praticamente il problema non può essere risolto da una formola assoluta.

È piuttosto un complesso di fatti ben noti al medico pratico; l'aspetto del malato, il polso, il respiro, le orine, la relazione di questi elementi fra di loro che costituisce il quadro dello stato reale più o meno grave dell'appendicitico, col dolore ed il gonfiore del ventre e sui quali caso per caso deve regolarsi la condotta del medico.

Se il caso che ci viene presentato non lascia rilevare gran che a carico del ventre, manca cioè la tumefazione, havvi aspetto buono ed il polso e la temperatura sono in accordo avendo magari risentito subito dei presidi medici tanto che vomito e difesa muscolare sono quasi definitivamente scomparsi ed in una parola si è iniziata la tregua, noi praticamente attendiamo volentieri il raffreddamento.

Ma se la tumefazione del ventre ed il dolore aumentano nonostante le solite cure mediche e l'aspetto si muta, gli occhi si fanno cerchiati, il solco nasogemino si fa più marcato, la temperatura si alza, il respiro si fa più frequente e la lingua meno umida, le orine scarse e la palpazione della regione ileo-cecale riesce sempre più dolorosa tanto che le pareti addominali e direi quasi perfino tutta la persona dell'ammalato si pone in contrazione di difesa mentre egli grida spaventato al primo accenno della palpazione. l'intervento precoce si impone allora e diventa intervento d'urgenza più facile come tale ad essere accettato.

In questo caso non si sbaglia a diagnosticare una forma di gangrena dell'appendice.

Poche ore di indugio per false speranze ancora, e l'intervento si renderà inutile: ma pur troppo è proprio allora che si suol chiedere al chirurgo ciò che egli non può più dare.

In pratica dunque, almeno per quanto risulta a noi personalmente, nella nostra clientela privata l'operazione precoce non sa trovare larga applicazione e neppure negli ospedali perchè purtroppo nei nostri comparti chirurgici è raro che giungano degli appendicitici nelle prime 48 ore.

L'intervento precoce si ritiene tecnicamente più facile di quello a freddo perchè le aderenze sono minori o non ci sono affatto e le statistiche dei chirurgi che ascoltati hanno avuto la fortuna di eseguire la *früh operation* su vasta scala attestano che gli esiti sono ottimi, come quella famosa del Sonnenburg che su 536 casi ne operò 336 a caldo con una mortalità del solo 10 %; esso abbrevia la malattia essendo radicale, ma non essendo un'operazione che ha i caratteri di assoluta indispensabilità all'infuori di quei casi a cui ho accennato in cui i *minuti sono ore*, se la sua importanza può aver persuaso noi, non è certo condivisa pienamente dal pubblico.

***

Havvi poi un altro gruppo di casi di diversa gravità non ben definibile ma colla caratteristica tendenza alla formazione di un tumore sulla regione ileo-cecale. Questo gruppo con quello delle forme che tendono a raffreddarsi ci interessa più particolarmente in quanto entrambi permettono lo studio senza precipitazione e la quieta discussione sulle modalità dell'intervento. Chirurgicamente a questi due gruppi corrispondono due interventi diversi:

a) l'uno così detto intermedio-tardivo;

b) l'altro a freddo.

Ci resta ora di chiarirne le indicazioni.

Il gruppo a confini non ben precisabili caratterizzato però da una forma di peritonite circoscritta della regione cecale con formazione di una tumefazione infiammatoria, ordinariamente comprende i casi con formazione di pus.

La condotta del medico è semplice. Sorvegliare le condizioni locali ed esperire i soliti mezzi per sedare il dolore e favorire la localizzazione peritoneale a cui fanno argine le provvidenziali aderenze e sorvegliare le condizioni generali.

L'intervento consiste nella semplice apertura e drenaggio del focolaio. È però convinzione generale che si agisce col migliore effetto se al più presto svuotiamo l'ascesso tanto se esso è piccolo o voluminoso. Il segreto sta nella scelta del momento che suol essere oltre il 6° giorno, rinunciando alla ricerca sistematica dell'appendice per non esporsi ad indaginose e prolungate manualità specialmente per il distacco e lo sbrigliamento di estese aderenze.

La pratica insegna che la detersione del focolaio acquista anche senza l'appendicectomia

il valore di cura radicale. Si può dire dunque che questo gruppo si presta in primo tempo per la cura medica la quale qui trova forse la sua più razionale applicazione.

L'attesa però dev'essere più che mai vigile e noi dobbiamo attendere a mano armata. Chè la parola *pus* non ha sempre lo stesso significato in patologia addominale, dice il Vierordt. Un focolaio purulento periappendicitico possiede un carattere di gravità diversa a seconda della sua posizione, della sua durata, delle aderenze, dall'esservi o non perforazioni, dell'esistenza o meno di processi putridi.

Se è quindi da ritenersi pericoloso l'intervento nel periodo intermedio di quei casi che tendono a spegnersi, in quanto le aderenze periappendicolari si sono già fatte resistenti e validamente difensive, al contrario esso si impone nei casi suppurati proprio quando le aderenze hanno conferito al focolaio il carattere di raccolta ascessuale incapsulata.

Giunta la malattia al così detto intervallo libero (periodo di raffreddamento) l'operazione diventa di elezione con tutti i vantaggi che le sono perciò inerenti.

Astraendo da una certa tendenza degli internisti ad attenersi ancora ai precetti dell'astensionismo in linea di massima, ed astraendo anche da un precetto diffuso in alcuni scrittori di chirurgia, che si deve cioè applicare sempre ai singoli casi ciò che costituisce una regola per la generalità delle forme; tanto l'opinione della esclusione dell'intervento quanto quella dell'applicazione di esso in ogni caso, sono teoricamente giustificate.

Intanto dobbiamo riconoscere che è passato — almeno in Italia — il tempo dell'intervento metodicamente corrispondente ad ogni diagnostico di appendicite, ed oggi è discutibile assai fino a qual punto si è autorizzati a consigliare un'operazione chirurgica nelle forme raffreddate per quanto non si debba dimenticare che esse possono diventare d'improvviso pericolose.

È tuttavia da consigliare l'appendicectomia quando havvi certezza di diagnosi e quando il paziente appartenga alla classe dei lavoratori le cui condizioni di vita reclamano sforzi e non permettono un regime igienico dietetico del tutto regolare e nei casi a ripetizione.

L'istituire la cura medica nel periodo acuto è ciò che avviene d'ordinario, continuarla anche nel periodo intermedio è necessario, abbandonarla nel periodo del libero intervallo è di dovere a meno che la relativa scarsità di accessi e le condizioni sociali del malato possano se non garantire far sperare in una tregua duratura.

Riassumendo:

1° l'appendicite acuta dovrebbe essere operata nelle prime 24-48 ore se difficoltà d'ambiente non ci togliessero di solito tale fortuna.

2° nel periodo intermedio dev'essere operata solo in via di estrema necessità ed urgenza essendovi il pericolo della generalizzazione del processo infiammatorio al peritoneo.

3° Nell'intervallo libero si possono avere argomenti per convincere il paziente che la tregua può essere ingannatrice, che il ripetersi degli accessi non può che aggravare ogni volta le condizioni, e rendere meno facile l'atto operativo.

Infatti il medico che rende edotto il suo ammalato che l'appendicectomia a freddo è quasi senza pericolo, che pericolo è invece la presenza di un'affezione addominale a carattere recidivante, qual'è appunto l'appendicite, che all'accesso leggero ne può seguire un altro sulla cui gravità ed esito non è lecito prevedere nulla, può sempre indurre l'ammalato con persuasione all'atto operativo. Ordinariamente dopo queste considerazioni e dopo il ripetersi delle coliche si osserva che l'ammalato stesso desidera l'operazione. Questa va eseguita naturalmente almeno a due mesi di distanza, dacchè i sintomi infiammatori ed i dolori si sono quietati.

Sfuggirebbero a questo trattamento solo quei casi nei quali oltre la ripugnanza istintiva ed addirittura insormontabile del soggetto per le operazioni chirurgiche gli attacchi si siano limitati a pochissimi o da parecchi anni non si siano più ripresentati in quanto le condizioni della loro vita abbiano permesso costanza scrupolosa in un regime dietetico adatto, regolarità nelle funzioni del tubo gastro-intestinale, tranquillità d'animo, comodità di vita e finalmente sorveglianza del medico e cure termali ogni anno.

***

Ho tralasciato di accennare alle forme appendicolari con peritonite diffusa in atto perchè me ne sono occupato nel capitolo delle peritoniti in cui l'intervento è urgente e deve essere anche generoso praticando, come ho detto, estese aperture laparotomiche accompagnate da controaperture e da zaffi opportuni ed associandoci tutto quel complesso di presidi medici generali dei casi gravi.

LE STENOSI E LE OCCLUSIONI INTESTINALI.

Tra gli argomenti delle forme intestinali queste due che prendiamo a trattare sembrerebbero esclusivamente di carattere chirurgico: dovrebbero quindi sfuggire al nostro studio

in quanto noi abbiamo per iscopo di prendere in considerazione soltanto quelli in cui all'opera del chirurgo è di preparazione e di cooperazione l'assistenza del medico. Invece essi si prestano allo stesso modo in quanto dette forme sogliono cadere nelle mani del medico pratico fin da principio e dipende poscia da lui in gran parte se l'opera del chirurgo può essere applicata in tempo utile.

Riguardo alle stenosi, in questo nuovo capitolo vengono prese in considerazione tutte quelle forme intestinali che hanno per base una lesione anatomica, un processo flogistico in atto o pregresso, oppure un neoplasma. Una distinzione tuttavia va fatta in rapporto all'importanza che una stenosi può assumere secondo che si consideri dal punto di vista *anatomico* o *clinico*. Infatti un restringimento che anatomicamente parlando costituisce già una stenosi può non interrompere la normale canalizzazione del tubo gastro-enterico e passare clinicamente inosservata.

Le stenosi di alto grado però sogliono dare disturbi gravi e di non difficile rilievo, con un quadro clinico che attraverso a diversi gradi di intensità può avvicinarsi a quello dell'occlusione.

Il trattamento di queste forme ha un duplice scopo: esso o si limita semplicemente alle cure sintomatiche oppure si propone di raggiungere l'effetto radicale allontanando l'ostacolo intestinale. E la rimozione dell'ostacolo stenosante qualunque esso sia vien fatta solamente coll'intervento chirurgico salvo le solite eccezioni che possono avverarsi in qualche caso, rarissimo del resto, come ad esempio quando vi sia una massa fecale che restringe il lume dell'intestino o che la causa del restringimento sia rappresentata da un essudato infiammatorio suscettibile di riassorbimento. Ma, ripeto, in generale è solo il coltello del chirurgo che può riuscire veramente utile.

La questione che ci interessa è dunque quella che ha formato l'oggetto degli altri capitoli.

Quando si deve operare?

Se per le altre forme come ad esempio nell'appendicite recidivante si può usufruire di un certo lasso di tempo e decidere dell'intervento magari in armonia colle esigenze di affari e di impegni del paziente rimandando, una volta superato il pericolo dell'attacco acuto, ad un tempo che può benissimo essere scelto dal malato stesso, in queste forme si deve operare appena sarà accertata la diagnosi della stenosi.

L'attesa non può che essere dannosa: non c'è da sperare in nessuna cura medica.

Nelle stenosi cicatriziali forse ci si può permettere un pochino di ponderazione; non c'è però mai ragione di attesa nella speranza di un miglioramento. Si potrà attendere solo a scopo di studiare meglio il caso o di scegliere il momento più conveniente anche in rapporto alle esigenze della famiglia e del paziente.

Perciò in tutte le forme il decidersi subito all'operazione porta con sè il miglior contributo all'esito del trattamento radicale.

Il medico pratico in questi casi è il vero aiuto del chirurgo, poichè se l'individuo da operare, come del resto avviene più comunemente, indebolito dalle sofferenze, accasciato dal timore e dall'avvilimento, trovasi in condizioni tali, come nel caso delle stenosi tubercolari antiche trascinate per lungo tempo, che un intervento d'elezione per il momento è prudenza non eseguirlo, i sussidi terapeutici incruenti costituiscono una vera necessità ed una valida risorsa per preparare l'ammalato all'atto operativo.

Quando poi la stenosi è ancora abbastanza permeabile e gli accessi di colica o per la loro rara comparsa o per la loro meno grave intensità sembrano illudere il paziente e lo lasciano sperare nella possibilità di evitare l'operazione, dovendo pure istituire una cura interna, bisogna che il medico abbia un concetto chiaro dei rapporti anatomici e delle lesioni funzionali proprie del caso determinato, il che è sempre piuttosto difficile.

Il dirigere una cura medica razionale e che sopra tutto non riesca dannosa, in questi casi è addirittura un'impresa. Il trattamento sintomatico riflette tre momenti principali della malattia: il periodo intermedio fra un attacco e l'alro di colica, la colica, ed il sopravvenire di una eventuale occlusione intestinale.

Quindi si impongono delle regole speciali per la dieta e per lo svuotamento dell'intestino onde si mantenga uno stato di equilibrio le cui difficoltà si fanno note ben presto anche al paziente stesso il quale finisce talvolta per chiedere spontaneamente di mutare lo stato artificiale della sua esistenza in un altro che non sia penoso mediante l'atto operativo.

I brillanti successi della chirurgia moderna dimostrano senz'altro l'opportunità di intervenire in tutti i casi, salvo rarissime eccezioni a cui ho già accennato.

Non si lasci prendere quindi il medico pratico da falsi timori di esporre i suoi clienti al pericolo di un'operazione che di fronte all'infelice esistenza a cui sono costretti questi poveri disgraziati val sempre la pena di eseguire; pensi piuttosto al danno di certi illusori palliativi che fanno perdere al paziente un tempo preziosissimo per la buona riuscita di un'operazione che già per la natura stessa del male va eseguita su individui debilitati.

L'esperire tutto un ricettario prima di conse-

gnare l'ammalato di stenosi al chirurgo non è lecito; la sicurezza della tecnica ed i brillanti risultati che la statistica di ogni chirurgo ha potuto registrare, devono incoraggiare all'intervento, specialmente nei casi di certe forme cicatriziali ed infiammatorie prima che la debilitazione e la depressione morale costituendo fra loro un circolo vizioso abbiano reso grave il prognostico di ogni intervento.

Ed ora passiamo *alle forme di occlusione.*

Triste argomento se si pensa alle gravissime condizioni in cui di regola troviamo gli ammalati affetti da ileo e se si pensa ancora alla difficoltà sulla scelta del metodo operativo, nonchè al dubbio che in taluni casi gravemente viene a turbarci circa l'opportunità di intervenire per quanto molti autori ammettano come regola l'intervento sistematico in tutti i casi.

A questa conclusione arrivano anche in forza di un sentimento umanitario che deve spingere il chirurgo ad accingersi con tutta la buona volontà al suo lavoro trepidante il più delle volte perchè sul viso dell'operando ha già potuto leggere che le probabilità di morte sono 99 contro una sola per la vita.

Noi intendiamo qui di parlare dapprima dei casi più gravi sui quali la cura medica deve essere esperita direi quasi intanto che si sta preparando per operare.

Il medico ha ben poco tempo disponibile per mettere in azione tutte le risorse dell'arte sua: o il suo tentativo e la cura aspettante subiscono in breve ora l'esito desiderato, o ogni ulteriore attesa può essere fatale.

Noi dunque abbandonando ogni trattazione dell'argomento che non sia quella che riguarda direttamente la cura, per la pratica considerazione del trattamento medico-chirurgico dei casi divideremo questo genere di malattia secondo due gruppi:

a) Occlusione acuta da causa infiammatoria (ileo dinamico o paralitico).

b) Occlusione acuta da causa meccanica (ileo meccanico - volvolo - strozzamento interno - invaginazione e ostruzione).

Questa classificazione ha importanza per la scelta della cura, in base ad essa o ci si può permettere l'attesa o decidersi d'urgenza per l'intervento.

***

Il trattamento delle occlusioni intestinali costituisce adunque un compito delicato e pieno di responsabilità sul quale si prova la perspicacia del medico e l'abilità del chirurgo sia per la decisione da prendere che per l'atto operativo da eseguire.

Come vedremo appresso mentre nelle occlusioni intestinali che si sviluppano in modo lento dalle stenosi croniche, la condotta del curante può svolgersi senza precipitazione, perchè tali forme lasciano tempo e luogo alla riflessione ed allo studio metodico del caso prima di proporre al malato il consulto col chirurgo, nelle forme acute bisogna sapersi decidere alla svelta, nel breve spazio di poche ore anche indipendentemente molto spesso dall'avere una idea chiara ed esatta sulla natura del male.

Però è necessario tener presente che se si dovesse riuscire ad escludere la forma di strozzamento l'insistere nelle cure mediche può essere tollerato poichè è ammesso che qualche caso di inginocchiamento intestinale di grado non troppo elevato è passato a guarigione vinto dai soli presidi medici.

Ma anche durante i tentativi prolungati di una cura medica, quando questa sia ammessa, devesi sempre tener presente che non è lecito illudere il paziente e molto meno i famigliari poichè può rendersi urgente ricorrere all'operazione appena che si abbia ragione di credere d'aver toccato i limiti estremi della tolleranza.

Fatta la diagnosi e stabilito se si tratta di una forma paralitica per la quale la cura medica può essere per il momento l'unico mezzo terapeutico, o di una forma meccanica, come elemento di giudizio va posto in primo luogo lo stato delle condizioni generali del paziente, quali risultano dalle condizioni del cuore e del polso, mentre l'importanza minore spetta ai sintomi locali dell'occlusione.

Solo quando il cuore lo permette è lecito intrattenersi con applicazioni di medicina interna specialmente, come avviene d'ordinario, la diagnosi non è chiara all'inizio della malattia. A maggior ragione se il decorso del caso è moderato e l'insieme dei sintomi non è troppo grave allora può farsi con sollecitudine qualche tentativo razionale di terapia interna.

In questi casi anzi essa può dare dei criteri per la diagnosi di sede e di natura della malattia ed aumentare perfino la probabilità di riuscita dell'operazione.

Ma l'oculatezza e la prudenza del medico non saranno mai eccessive. Così come sarebbe falso che il chirurgo scartasse senz'altro la cura interna è dannoso che i pazienti per un eccessivo ottimismo del curante giungano al chirurgo inondati di purganti senza effetto e collo svantaggio d'aver perduto un tempo prezioso.

In questi casi in cui il medico non sarebbe scusabile purtroppo il chirurgo umano e volenteroso che si decide per l'estremo tentativo operatorio può vedere attribuito all'opera sua il danno che non è altro che l'inevitabile conseguenza dell'errore altrui.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE DEL SANGUE.

L'anemia perniciosa.

(J. G. CARR. *The Amer. Journ. of the Med. Sc.*, nov. 1920).

J. G. Carr fa un'estesa relazione di centoquarantotto casi di anemia perniciosa studiati minutamente con tutti i mezzi moderni d'investigazione. Da essa si desume confermata la sindrome suddetta tanto nel reperto ematologico: ipercromia, macrocitosi, normoblasti, megaloblasti, leucopenia con linfocitosi relativa; quanto nella sintomatologia clinica: indebolimento progressivo, disturbi gastrici, dispnea, pallore, rumori cardiaci, edema malleolare. Se le dette caratteristiche danno una fisionomia tutta propria all'anemia perniciosa, non è a credere che sia il solo reperto ematologico, sia il complesso ematologico-clinico possa ipso-facto distinguerla da ogni altra specie di anemia, di origine tossica, settica, neoplastica: occorre insieme ai dati su mentovati potere con sicurezza affermare l'assenza di ogni altra possibile causa di anemia. Essa è più comune negli uomini e specialmente fra i 40 e i 50 anni. I sintomi fisici del cuore, il fremito e la dilatazione, sono così costanti da potersi ritenere fra i sintomi più comuni della malattia. Una lesione valvolare non fa parte del quadro, perchè i sintomi cardiaci sono il risultato di debolezza del miocardio e relativa insufficienza. L'ascite e l'anasarca non sarebbero mai dipendenti dall'anemia perniciosa, per quanto la debolezza cardiaca potesse pur lasciarlo supporre: la loro presenza richiede altra spiegazione. La pressione sistolica è stata trovata quasi sempre tendente sotto il normale, e giammai al di sopra; quella diastolica è sproporzionatamente bassa e la pressione del polso alta.

L'urina è stata trovata di peso specifico basso, piuttosto aumentata in quantità, ordinariamente senza albumina. La presenza di questa non è reperto ordinario dell'anemia perniciosa; se si accompagna a cilindri, significa nefrite, che sarebbe piuttosto causa che effetto dell'anemia perniciosa.

Il tipo febbrile è molto irregolare: vi sono dei ritorni al normale di durata variabile. Il succo gastrico è ipoacido: la presenza di acido cloridrico libero può giustamente far mettere in dubbio la diagnosi. La reazione di Wassermann occorre raramente: è possibile che alcuni cambiamenti nel sangue incidentali alla malattia interferiscano con la reazione.

La diminuzione graduale del numero dei leucociti, specialmente dei polinucleati è di seria importanza prognostica. Se vi è leucocitosi si impone la massima riserva per la diagnosi di anemia perniciosa.

Il reperto negativo del liquido cefalo-rachidiano in presenza di ben chiara malattia spinale, indica un processo degenerativo più che un processo infiammatorio, e aggravano straordinariamente il prognostico in un caso di anemia perniciosa.

Come terapia, la trasfusione del sangue non cura la malattia, ma ha l'effetto di prolungare la vita del paziente. La tecnica perfezionata non dà più quelle reazioni che una volta impressionavano tanto. Uno dei mezzi migliori è quello che opera col sangue citratato, mezzo semplice e innocuo. N. GENTILE.

Sull'azione dei raggi Roentgen nelle leucemie.

(WALTERHOFER. *Berl. klin. Wochenschrift*, anno LIII, 25).

Quando 18 anni fa giunsero dall'America le prime pubblicazioni sull'efficacia dei raggi X nelle affezioni leucemiche, le notizie premature di guarigioni complete furono ben presto smentite da osservazioni più critiche e prolungate. Nel 90 % delle leucemie mielogene e nel 70 % delle linfatiche si poteva constatare in seguito alla radioterapia oltre ad un miglioramento notevole delle condizioni generali, una riduzione della spleno- ed epatomegalia e dei linfomi e la scomparsa delle alterazioni anemiche del cuore (dilatazione, soffi), dei fenomeni di stasi, dell'albuminuria e febbre, e persino delle diatesi emorragiche e delle retiniti leucemiche; modificazioni tutte non mai prima ottenute nella cura medicamentosa coll'arsenico e chinino, e nemmeno osservate nelle remissioni spontanee dopo malattie infettive. Presto o tardi subentrava peraltro la recidiva che da una nuova applicazione dei raggi non traeva che poco o nessun vantaggio, se pure questa non segnava l'inizio dell'esito catastrofale.

Una nozione esatta sul modo d'agire dei raggi ci fu data appena dalle ricerche sperimentali, non potendosi per ragioni ovvie controllare la loro azione che in *corpore vili*. Heinke potè così dimostrare che gli organi emopoietici sono gli elementi più radiosensibili dell'organismo animale, e di questi alla lor volta sono più sensibili quelle cellule che hanno ricambio molto rapido oppure il nucleo in divisione o l'evoluzione non ancora compiuta. Le prime alterazioni sono constatabili nei follicoli della milza in cui i nuclei dei linfociti

cadono in isfacelo, per esser ben tosto fagocitati. Un'azione prolungata dei raggi determina distruzione dei follicoli ed atrofia rilevante di tutti gli elementi cellulari della polpa. Alterazioni analoghe si trovano contemporaneamente in tutte le ghiandole linfatiche, mentre il midollo osseo ne risente appena da un'applicazione molto più intensa, che peraltro dà pure esito in distruzione delle cellule specifiche. Sebbene estese le alterazioni, il tessuto resta capace di restituzione, ove l'azione esplicata dai raggi non sia stata mortale. Il ritorno a condizioni normali si può constatare entro il termine di 2 settimane.

Molto più resistenti si dimostrano gli organi produttori degli eritrociti e gli eritrociti stessi circolanti nel sangue. Un'anemia secondaria con riduzione quantitativa di emazie ed emoglobina con alterazioni di forma e policromasia si osserva appena quando le condizioni generali dell'animale hanno notevolmente sofferto per un'azione troppo intensa e prolungata dei raggi.

Analogamente al tessuto ematopoietico normale il tessuto leucemico e pseudoleucemico pure presentano una radiosensibilità maggiore di qualunque altra alterazione patologica. Essa offre delle oscillazioni individuali e può variare persino nella stessa persona. Nell'organismo sano la reazione s'inizia coll'atrofia del tessuto linfatico e caduta linfocitaria contemporaneamente ad un aumento dei polinucleati neutrofili. Nella leucemia mielogena la peculiarità della reazione viene data dalla grande quantità di cellule non differenziate, che offrono una resistenza ancora minore dei linfociti normali e dalla relativa scarsezza di tessuto linfatico. L'azione dei raggi dev'esser controllata nel sangue periferico la cui curva leucocitaria indica chiaramente tanto il processo d'involuzione che la recidiva. Generalmente si distinguono tre periodi: 1) oscillazione del complesso dei leucociti all'inizio; 2) riavvicinamento al quadro leucocitario normale; 3) recidiva col quadro leucemico tipico.

La diminuzione dei leucociti si osserva sempre, anche nei casi in cui le condizioni generali dell'infermo non mostrano alcuna tendenza al miglioramento. La singola applicazione dei raggi è seguita da un transitorio aumento leucocitario con consecutiva caduta. Le oscillazioni, a cui compartecipano tutti i corpuscoli bianchi indistintamente sono del tutto irregolari, ma più pronunziati all'inizio della cura, e si osservano egualmente nella leucemia linfatica come nella mielogena e nella leucemia con quadro ematico aleucemico. Sono dovute probabilmente a delle emigrazioni dagli organi emopoietici, oppure a processi chemiotassici o ad un temporaneo cambiamento di distribuzione regionale durante l'applicazione dei raggi.

La seconda parte della curva è caratterizzata da una diminuzione progressiva dei leucociti, più rapida forse nella leucemia linfatica. In qualche caso si osservano dei valori normali, rari sono i valori subnormali, generalmente però si deve ancora parlare di leucocitosi. Le prime a scomparire sono le forme immature, mieloblasti e mielociti. A decorso favorevole la percentuale dei neutrofili aumenta sino alla norma, per superarla talvolta mentre diminuiscono gli eosinofili e le mastzellen, i primi pure fino a valori normali. I linfociti, paralleli dapprima coi leucociti, superano in seguito la percentuale normale. Il quadro leucocitario leucemico si distingue anche in questo stadio da quello normale per la presenza di rari mielociti, per l'aumento di mastzellen e per i nuclei immaturi dei leucociti neutrofili, avvicinandosi in ciò alla formola leucocitaria della sepsi. Nella leucemia linfatica invece, non si raggiungono nemmeno approssimativamente valori normali. Resta costante la preponderanza dei linfociti, sebbene in proporzione minore e la diminuzione dei neutrofili diventa ancora più evidente.

La terza parte della curva incomincia col ritorno al quadro leucemico, che generalmente s'annunzia con un aumento di mielociti neutrofili ai quali ben presto s'aggiungono nuovamente i mieloblasti. Emazie ed emoglobina raggiungono dopo una transitoria diminuzione valori normali, superandoli non di rado. Il miglioramento qualitativo si manifesta nella scomparsa dei normoblasti. L'azione dei raggi è peraltro indiretta; poichè l'anemia leucemica è dovuta ad una lenta sospensione della produzione degli eritrociti per l'ostacolo funzionale creato dalla proliferazione del tessuto leucopoietico a spese di quello eritropoietico. Un deterioramente della componente eritrocitaria è indice di un'azione dannosa dei raggi. Miglioramenti notevoli si ottengono più facilmente nella leucemia mielogena, non essendo direttamente aggredibili le proliferazioni linfatiche nel tessuto osseo.

Le alterazioni cellulari determinate dall'azione dei raggi non hanno trovato ancora una spiegazione soddisfacente. Dipendono in tutti i casi dall'intensità dell'irradiazione. L'azione estrema si esplica in distruzione delle cellule; essa è preceduta da fenomeni di inibizione della riproduzione, esaurimento, stimolazione o commutazione del quadro leucemico. Se la distruzione del tessuto non è stata eccessiva, si

ha in breve una restituzione *ad integrum* nell'individuo sano, nel leucemico la recidiva. La reazione dipende dalla durata della malattia e da oscillazioni individuali. Contemporaneamente alla distruzione cellulare in milza, ghiandole linfatiche e midollo osseo, confermate oramai inconfutabilmente dalle ricerche sperimentali dello Heinke, si osserva un aumento nell'eliminazione dell'azoto ed acido urico, che ritorna a valori normali e vi persiste, finchè dura il miglioramento. Un mancato aumento rende infausta la prognosi sul successo terapeutico.

Un'azione diretta dei raggi sull'agente morboso stesso, non è ammissibile, non essendosi mai osservata alcuna guarigione definitiva; inoltre non esiste una differenza fondamentale tra la reazione del tessuto leucemico e quello normale. Linner, Heller ed altri, basandosi sul fatto che nelle leucemie mieloiche si osserva un'involuzione di focolai morbosi non sottoposti all'irradiazione, ammettono un'azione solo indiretta dei raggi, che produrrebbero nel siero una tossina speciale leucolitica. Secondo Schwarz e Werner le alterazioni cellulari sarebbero dovute alla colina velenosissima, risultante dalla scissione della lecitina; ricerche sperimentali hanno confermato quest'ultima osservazione.

L'ipotesi meglio fondata, allo stato odierno delle nozioni, è quella, che ammette un'azione doppia dei raggi, diretta, che si esplica in una distruzione immediata delle cellule e indiretta, per mezzo d'una tossina. *m. p.*

Variazioni dei mielociti nel sangue leucemico durante la cura.

(E. SCHISLER e E. BROWN. *Med. Record*, 21 marzo 1921).

Gli AA. hanno cercato di determinare l'intensità e la natura dell'azione del benzolo e dei raggi X, separatamente e in combinazione, in un caso piuttosto grave di leucemia mieloide cronica.

Le alternative dei sintomi furono seguite non solamente nel conteggio delle cellule rosse e bianche, ma eziandio nei vari tipi delle cellule bianche e nei vari tipi di mielociti. Gli autori riportano il caso di leucemia da loro studiato e seguito dall'agosto 1919 al febbraio 1920 e che fu assoggettato ad un trattamento misto di benzolo e di raggi X.

Dal diario clinico di questo paziente risulta che l'azione dei raggi X insieme al benzolo produsse una rapida permanente riduzione nel conto dei globuli bianchi, mentre l'azione isolata dei raggi X dava dopo la prima seduta una forte ma temporanea riduzione che giungeva ad un terzo del numero dei globuli bianchi dopo la seconda seduta.

Quindi si tentò di fare due sedute di raggi X; la seconda applicata proprio prima dell'aumento susseguente alla prima diminuzione e si ottenne una riduzione più stabile di globuli bianchi. Di poi essendo dannosa una terza esposizione ai raggi X, il susseguente rialzo fu combattuto con somministrazione di benzolo che si mostrò atto a mantenere il numero dei corpuscoli bianchi. Arsenico e ferro furono somministrati durante la prima settimana con un aumento dell'emoglobina e con qualche aumento delle cellule rosse.

L'indice di colorazione ritornò al normale ed i costituenti del sangue si avvicinarono ai limiti normali. Il conto degli elementi morfologici del sangue dimostrò un più o meno continuato relativo aumento dei leucociti polimorfonucleari, con una corrispondente diminuzione dei mielociti.

Il numero dei linfociti dopo un piccolo iniziale aumento rimase stazionario. I raggi X si dimostrarono atti a distruggere i leucociti polimorfonucleari ed ostacolare la loro produzione, ma non ebbero uguale effetto sulle cellule rosse e sulla loro produzione. Dopo esposizione ai raggi X strisci di sangue dimostrarono numerose cellule bianche in disintegrazione. Dopo che la milza fu esposta, esse furono apparentemente distrutte dentro la milza, producendo quindi una relativa diminuzione nel sangue circolante. I mielociti dimostrarono una tendenza a cedere il posto ad un aumento di grandi cellule mononucleate i cui nuclei divennero successivamente lobulati, allungati, foggiati a ferro di cavallo, con un relativo aumento dei polimorfonucleari.

Dopo l'esposizione ai raggi X i mielociti erano ancora persistenti nel sangue e nelle varie forme: neutrofila, basofila ed eosinofila; la forma eosinofila persistette più a lungo che la basofila.

Gli eosinofili poliformi persistettero a lungo nel decorso della malattia fintanto che soltanto i mielociti neutrofili rimasero presenti; dopo le prime due settimane gli eosinofili furono trovati soltanto occasionalmente. In ogni seduta i raggi X produssero una diminuzione del numero assoluto sui piccoli linfociti, ma non ebbero un effetto costante sul numero relativo.

Il benzolo d'altro canto produsse una costante diminuzione nel conto assoluto, ma non ebbe effetto sul conto relativo dei mielociti.

I polimorfonucleari furono distrutti rapidamente e costantemente da ogni dose di raggi X.

Il benzolo dette una diminuzione più piccola

assoluta dei polimorfonucleari che i raggi X ed una più costante e rapida diminuzione relativa.

I mielociti basofili scomparvero prontamente con il benzolo per riapparire temporaneamente dopo ciascuna dose di raggi X. Mentre il quadro ematologico si avvicinava ai limiti normali i mielociti basofili ridotti dal benzolo ricomparvero quando il benzolo fu smesso e furono di nuovo presenti dopo applicazioni di raggi X; col somministrare di nuovo benzolo essi scomparvero nuovamente. Nella variazione dei mielociti gli eosinofili si comportarono generalmente come i neutrofili.

I mielociti neutrofili presentarono una forte graduale diminuzione con il benzolo mentre che i leucociti polimorfonucleari ebbero un aumento corrispondente relativo. Smettendo l'uso del benzolo, un netto, assoluto aumento avvenne, ma fu tenuto in freno con ripetute dosi di raggi X. Questi ebbero minore effetto nel ridurre i mielociti che i linfociti ed i leucociti.

RADOGNA.

SEMIOTICA

Esplorazione del ginocchio.

(DELBET. *Journal des praticiens*, n. 38, 18 settembre 1920).

Nell'esplorare un ginocchio si deve ricercare dapprincipio la presenza di liquido nell'articolazione. Allorchè il versamento è considerevolissimo ci se ne rende perfettamente conto cercando la fluttuazione; se il versamento è scarso o modico bisogna ricorrere alla ricerca del ballottamento della rotula. Poichè il liquido si annida sempre nel cul di sacco sottotricipitale e immediatamente sui lati della rotula, ne risulta che questa è sollevata e perde il contatto con i condili del femore. Nel ballottamento rotuleo si riporta la rotula a contatto dei condili femorali, ed è l'urto della faccia posteriore della rotula contro la faccia anteriore dei condili ciò che costituisce il ballottamento rotuleo. Non bisogna confondere questo colla depressibilità della rotula, sensazione che si ottiene quando si fa compiere alla rotula un movimento di traslazione dall'avanti all'indietro deprimendo delle fungosità più o meno molli, che sono nell'interno dell'articolazione.

Il ballottamento rotuleo ha un valore patognomonico: allorchè esiste si può essere sicuri che vi è del liquido nell'articolazione. Ma dall'assenza di esso non si può sempre concludere per l'assenza del liquido. Il ballottamento rotuleo è un sintomo di piccolo versamento. Allorchè il versamento è considerevole l'articolazione è troppo distesa perchè esercitando la pressione sulla rotula la si possa ricondurre a contatto dei condili. Allorchè il versamento è molto scarso, il liquido si annida nel cul di sacco sottotricipitale, e la rotula non è allontanata dai condili, o non lo è sufficientemente per dar luogo alla sensazione netta di urto. In questo caso bisogna esercitare delle pressioni sulle parti dell'articolazione in cui si è raccolto il liquido, in modo da ricondurlo sotto la rotula.

Bisogna in seguito cercare qual'è lo stato della sinoviale, provar di sentire se essa presenta degli ispessimenti. Si palperà dapprima il cul di sacco sottotricipitale di cui l'accesso è più facile. Quando esistono ispessimenti si ha la sensazione di un cercine.

Alla parte inferiore, da ciascun lato del legamento rotuleo, si sarà esposti a molteplici errori.

Se si fa mettere la gamba in estensione, si vede prodursi una sporgenza da ciascun lato del legamento rotuleo. Questa sporgenza può essere il segno della presenza di fungosità nell'articolazione. Ma è anche una disposizione normale in molte donne dovuta al grasso. Può essere anche una manifestazione gottosa o reumatica: ma nel caso di fungosità la sporgenza è più considerevole. Allorchè si fa contrarre il quadricipite, si vede scavarsi una depressione profonda tra queste due sporgenze laterali dovute alle fungosità più o meno rigonfie di liquido.

Bisogna ancora esplorare le parti laterali al livello dell'interlinea articolare, e infine il cavo popliteo.

L'esplorazione del cavo popliteo è molto difficile: questa regione può essere la sede di raccolte che sfuggono ad un esame clinico. Nell'estensione completa l'aponevrosi si tende e non si può sentire nulla. Bisogna dunque flettere leggermente il ginocchio, ma in modo passivo: in certi casi di tumori bianchi si ha una sensazione di renitenza abbastanza diffusa.

È cosa difficile il ricercare l'interlinea articolare del ginocchio. Non è al suo livello, ma in corrispondenza delle estremità ossee che si trovano i punti dolorosi. Il punto di repere è l'estremità inferiore della rotula: essa è situata nel piano orizzontale dell'interlinea. È al di fuori che si deve cercare questa interlinea e mettendo la gamba in leggiera flessione. Bisogna esplorare le estremità femorale e tibiale particolarmente al livello dell'inserzione dei legamenti. Il punto più spesso doloroso

nelle affezioni del ginocchio è l'estremità superiore ed interna della tibia.

Si devono anche esplorare i movimenti spontanei e provocati. Si cercheranno i movimenti normali ed anormali. Nei tumori bianchi di antica data si troveranno molto limitati i movimenti normali, e si troveranno presenti movimenti anormali di iperestensione o di lateralità. Quelli di iperestensione in caso di fungosità o di antichi traumi possono essere considerevoli, perchè i legamenti posteriori sono lacerati. Alle volte non si producono movimenti di lateralità, ma nel fare questa prova si ottiene un sintomo molto importante: si provocano dei dolori e si constata che, imprimendo alla gamba un movimento di lateralità in dentro, il malato accusa un dolore in fuori, e viceversa. Questo fenomeno è dovuto al fatto che vengono messi in tensione i legamenti laterali. Questo dolore indica l'esistenza di una lesione delle estremità ossee o dei legamenti.

Per completare l'esame bisogna sempre esplorare i gangli, specie del gruppo inferiore della piega dell'inguine, e lo stato dei muscoli. Alcuni autori insistono sull'atrofia del quadricipite nelle lesioni articolari del ginocchio. Queste atrofie possono prodursi in trentasei ore e sono di ordine riflesso. Non dimenticare mai di saggiare lo stato dei riflessi rotulei, perchè si può trattare di artriti tabetiche.

B. MASCI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

MICHELE PAVONE. *La Litotribolapassi. Trent'anni di pratica.* Ed. Vittorio Idelson, Napoli, Piazza G. Oberdan 15, 1921; prezzo L. 25.

È un interessante lavoro che l'Autore stesso definisce «il frutto dell'esperienza acquistata in trent'anni di pratica incessante in Sicilia dove i calcoli vescicali sono molto frequenti» e che perciò ha importanza come contributo originale.

Il Pavone propone la parola «Litotribolapassi», che comprende i due tempi della triturazione del calcolo vescicale e dell'evacuazione dei frammenti da sostituire alle parole litotrisia e litolapassi usate fino ad oggi e che indicano ciascuna soltanto un tempo dell'operazione.

Dopo un breve ma completo sunto storico dell'operazione della Litotripsia e della successiva Litolapassi l'A. descrive in successivi capitoli i vari strumenti che sono stati ideati e costruiti per tale operazione, e tratta poi dell'importanza del cateterismo vescicale, della cistoscopia, dell'esplorazione rettale e della radiografia per la diagnosi dei calcoli vescicali; espone la tecnica di questi vari mezzi di esame da lui preferiti e ricorda alcune sue ricerche sperimentali sull'esame radiografico.

Per bene eseguire la litotribolapassi è necessario conoscere alcune qualità fisiche dei calcoli vescicali che ne determinano la loro maggiore o minore resistenza alla frantumazione e che dipendono essenzialmente dalla loro diversa costituzione, ed è necessario conoscere anche le possibili alterazioni delle pareti vescicali che accompagnano e talvolta precedono la presenza dei calcoli soprattutto in rapporto alla maggiore o minore capacità vescicale ed all'eventuale sensibilità dolorifica. della mucosa quando è infiammata. Questa cognizione e quelle relative di fisiopatologia normale della vescica sono esposte succintamente dall'Autore in due capitoli.

Tratta poi in modo molto esteso e con molti particolari della Tecnica dell'operazione. Per quanto riguarda l'anestesia usa la cloronarcosi soltanto nei fanciulli; preferisce quasi sempre l'anestesia locale cocainica della quale espone minutamente la tecnica, e quando la vescica si trova in condizioni quasi normali pratica la litotribolapassi senza l'aiuto di alcun anestetico.

La tecnica dell'introduzione del litotritore e della presa del calcolo a seconda della sua diversa sede e del suo volume, i mezzi per assicurarsi che nessuna plica della mucosa sia stata presa fra le branche dello strumento; la triturazione spinta fino a ridurre tutto il calcolo a della sabbia, la manovra del percussore fatta allo scopo non di rompere immediatamente un calcolo duro, ma di produrre una disgregazione molecolare nella struttura del calcolo, sufficiente a favorirne la rottura, e per la quale manovra l'A. consiglia il percussore speciale da lui ideato; le precauzioni da osservare nell'estrazione del litotritore per non trascinare seco della poltiglia o dei frammenti inclusi fra le due branche, al quale scopo il Pavone da molto tempo adopera esclusivamente il litotritore colla branca femmina a morsa fenestrata; l'estrazione dei frammenti mediante grandi lavature prima e l'aspirazione dopo mediante l'aspiratore che l'A. dice un istrumento utilissimo, semplice, quasi meraviglioso per i suoi risultati, quando si sa maneggiare, che manca al suo compito ed è pericoloso quando non si sa maneggiare; sono tutti i momenti dell'atto operativo esposti dal Pavone molto diffusamente ed esattamente. Dopo completata l'estrazione ed il lavaggio consecutivo lascia quasi sempre un catetere a per-

manenza per 24 ore tranne nei casi nei quali la seduta è stata breve. L'operazione è fatta ambulatoriamente.

Le complicazioni post-operatorie sono rare. La febbre, l'emorragia, il cattivo funzionamento del catetere a permanenza, la ritenzione completa di urina, la cistite, l'orchite, la prostatite, il flemmone perivescicale, la pielonefrite ascendente, l'anuria, sono successivamente trattate dall'Autore che ne espone anche i vari metodi di cura e che afferma esse non verificarsi quando il paziente è stato ben preparato, ed il chirurgo, padrone della tecnica operativa, non produce alcun traumatismo.

Il Pavone conclude dicendo che forse per la grande fiducia nel metodo che gli proviene dalla lunga pratica preferisce la litotribolapassi alla cistotomia, e per meglio apprezzarne i vantaggi riporta varie statistiche a cominciare da quelle di Civiale, e finendo colla sua personale che comprende ben 3024 litotribolapassi con 15 morti e 152 recidive.

PUBBLICAZIONI PERVENUTE.

CANDELA ATTILIO. *Sulla presenza del bacillo tubercolare nel secreto vaginale, e sull'azione battericida di detto secreto.* — Arcevia, Luigi Fabbri, 1920.

COZZOLINO OLIMPIO. *La diagnosi radiologica del megacolon congenito.* — Milano, Tip. E. Zerboni, 1920.

ID. *Intorno al problema etiopatogenetico della pertosse.* — Napoli, Aurelio Tocco, 1920.

ID. *Sulla presenza di sostanze vasocostrittrici nel sangue dei rachitici.* — Napoli, A. Tocco, 1921.

ID. *A proposito dei rapporti tra herpes zoster e varicella.* — Parma, Tip. Coop. Parmense, 1920.

ID. *Contributo alla cosidetta encefalite letargica nei bambini.* — Napoli, Aurelio Tocco, 1920.

DE VECCHIS BENIAMINO. *Le fonti scientifiche della moderna stomatologia.* — Napoli, Luigi Pierro e F., 1919.

FRANK CASIMIR. *Ueber die Lokalisation in den Augenmuskelnervenkernen und zwei noch unbekannte Kerne in Mittelhim des Henschen.* — Lipsia, Ambrosius Barth.

DI TOMMASI EMILIO. *Brevi considerazioni cliniche su le cure termo-minerali di Agnano, 1904-1920.* — Napoli, Officina Cromotip., 1920.

FASANI VOLANELLI FRANCESCO. *Risultati delle ionizzazioni talliche sul sistema pilifero.* — Siena, Tip. San Bernardino, 1920.

AMALFITANO GIUSEPPE. *Stomosine e antistomosine.* — Napoli, 1921.

MANTEGAZZA U. e PECORI G. *La profilassi delle malatti veneree.* — Roma, Tip. Menaglia, 1920.

SPOLVERINI L. M. e RAGAZZI M. *Protezione dell'infanzia.* — Roma, Tip. Menaglia, 1920.

STURLI ADRIANO. *La Pellagra: Sintomatologia e diagnosi.* — Roma, Tip. Menaglia, 1920.

DE SILVESTRI C. *Sulla tecnica delle iniezioni endovenose.* — Napoli, Tip. Di Enrico M. Muca, 1921.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta dell'8 giugno 1921.

Ulteriori osservazioni sui postumi della cosidetta encefalite letargica, con particolare riguardo alle sindromi parkinsoniane (nota 3ª).

A. GASBARRINI e G. SALA. — Si intrattengono in modo particolare sulle sindromi parkinsoniane, riferendone 12 casi, fra i quali alcuni col quadro classico della paralisi agitante.

Contributo casistico allo sviluppo extracoriale del feto (con dimostrazione di preparati).

A. NAVA. — L'O. porta alla statistica dello sviluppo extracoriale del feto, il contributo di due nuovi casi osservati nella R. Clinica Ostetrico-Ginecologica di Pavia nel decorso anno.

Nel primo caso riferito dall'O. interessante anche perchè dai precedenti anamnestici sembra trattarsi di un caso recidivante, la gravidanza si protrasse circa 40 giorni dalla rottura delle membrane.

Con preparati istologici dimostra l'avvenuta cicatrizzazione delle due membrane lungo il bordo di rottura.

Nel secondo la gravidanza si protrasse 88 giorni.

In entrambi i casi i feti quinquemestri morirono subito dopo il parto per prematuranza, la placenta era marginata e circumvallata ed i puerperi decorsero afebbrili.

Sulla pseudo tubercolosi verminosa.

G. REINA. — Riassume quanto ha ricavato dall'esame critico della letteratura e dalle sue osservazioni nei seguenti dati:

1. Le lesioni indotte nel polmone dai vermi sono completamente di natura irritativa: però infezioni secondarie possono modificare l'andamento delle lesioni stesse;

2. La presenza di vermi nel polmone determina nell'organismo in generale e nel polmone alterazioni tali da simulare una tubercolosi: appoggiano questa sua asserzione la macie, la cachessia, l'atrofia muscolare, l'anemia constatati in tutti i casi unitamente a fatti distruttivi del parenchima polmonare determinati dall'attività del parassita. I tubercoli non si possono anatomicamente differenziare dai tubercoli da bacilli di Koch. Vi ha talvolta questa sola differenza, la scarsa infiltrazione leucocitaria attorno alle cellule epitelioidi. In tutti i casi di pseudo-tubercoli l'infiltrazione leucocitaria non è mai notevole;

3. La eruzione di tubercoli nel polmone non può solo avvenire nei vasi ma anche nei bronchi e nel parenchima;

4. Lo pseudo-tubercolo da vermi nei casi osservati ha sempre subito una metamorfosi fibrosa;

5. La segnalazione di queste bronco-polmoniti verminose in animali selvatici frequenti nelle nostre campagne dove si alleva molto bestiame non è priva d'interesse epidemiologico perchè la pol-

monite verminosa in animali domestici allevati nelle stesse zone è molto frequente in certe annate e pertanto gli animali selvatici possono essere i veicoli che disseminano la malattia nel nostro bestiame, specialmente nei vitelli, nelle pecore e nei cavalli, dove la bronco-polmonite da strongilidi è frequente.

L'A. presenta una serie di preparati atti a dimostrare queste conclusioni.

Contributo allo studio della nevroglia nei lobi ottici degli uccelli.

Dott. D. Cattaneo. — Applicando i recentissimi metodi proposti da Ramon y Cajal e dalla sua scuola per la dimostrazione della nevroglia, l'O. fa una particolareggiata descrizione dei vari tipi di cellule gliali che si riscontrano nelle diverse parti dei lobi ottici degli uccelli e precisamente negli strati del tetto ottico, nel ganglio dell'istmo, nel «nucleus lateralis mesencephali», nel ganglio del tetto ottico.

A. Gasbarrini.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

Seduta del 29 aprile 1921.

Presidente: Prof. U. Baccarani.

Pseudomixoma addominale di origine appendicolare.

Dott. Bartoli. — L'O. riferisce un caso da lui operato d'urgenza qualche anno fa (1913) in seguito a diagnosi di ascesso peritoneale secondario ad appendicite.

Trattasi di una donna di anni 50, che 6 anni antecedentemente aveva avuto un accesso di appendicite acuta, guarito senza conseguenze apprezzabili. Soltanto due anni avanti all'intervento chirurgico aveva risentito vaga dolenzia nell'addome e le era sembrato che negli ultimi tempi le fosse aumentato il ventre.

Notevole il risultato dell'esame palpatorio dell'addome praticato prima dell'operazione, che aveva messo in rilievo una tumefazione irregolarmente sferica di consistenza piuttosto dura e oscuramente fluttuante, situata superiormente nella fossa iliaca di destra, tumefazione che seguiva esattamente i movimenti diaframmatici con tendenza a spostamento dal dietro in avanti durante le escursioni inspiratorie.

Con l'operazione apparve il tenue conglobato nel fianco destro per saldature plastiche, superate le quali, fuoriuscì un ammasso di globetti gelatinosi che riempivano una cavità costituita da anse intestinali unite assieme e ricoperte di pseudomembrane.

L'esame degli annessi di d. confermò l'osservazione, antecedente all'intervento, di completa normalità di essi: l'appendice non fu rintracciata.

L'O. si sofferma con molte considerazioni di carattere eziologico sulle condizioni anatomiche, patologiche, di tempo che possano dar luogo alla formazione di pseudomixomi d'origine appendicolare, di cui fino ad oggi se ne conoscono in letteratura circa 20 casi e non tutti certi. Fra i presupposti c'è anche il caso in questione, perchè il nesso assoluto fra lo stato dell'appendice e lo pseudomixoma non è stato constatato.

Reazione di Schick e sieroterapia nella difterite.

Prof. dott. Riccardo Fuà. — Tratta della R. di S., del modo di praticarla, della sua frequenza nelle varie età, delle sue applicazioni pratiche e si mostra fautore della sieroterapia con siero antidifterico. Raccomanda, quando è possibile, la via endovenosa.

Encefalite letargica polimorfa.

Dott. L. Selendari. — Riferisce intorno a un caso di encefalite subacuta, di lunga durata a sindrome polimorfa, a tipo recidivante. E fa notare la relativa rarità del caso, in quanto la paziente — una giovane di 24 anni — nei sedici mesi di malattia ha presentato, una dopo l'altra, quasi tutte le varietà di encefalite, e ora ha nettissima la forma «Parkinsoniana» (poliencefalite letargica migrante).

L'inferma ha presentato una riacutizzazione gagliarda del processo (febbre alta, sonnolenza, aumento della sindrome parkinsoniana) nel tempo della cura arsenicale con dosi piuttosto generose (cacodilato di soda gr. 0,25 *pro-die*).

Insufficienza epatica ed emoclasia.

Dott. L. Andreanelli. — Espone il risultato delle sue ricerche negli ammalati dell'Ospedale di Ancona. Ecco le conclusioni:

1. La prova dell'emoclasia post-digestiva è fra tutti i metodi oggi in uso per la ricerca della funzionalità epatica il più semplice, il più delicato e il più facile nella pratica corrente (limitando la ricerca alla numerazione dei globuli bianchi prima e dopo il pasto di prova);

2. In molti soggetti apparentemente sani o con processi morbosi vari, senza alcuna manifestazione clinica o urologica a carico del fegato, si può riscontrare una manifesta insufficienza epatica (insufficienza epatica latente);

3. L'insufficienza epatica si osserva di regola nelle malattie tossi-infettive acute; compare più o meno presto a seconda dei soggetti, a seconda della natura o gravità del processo e suole di regola comparire a guarigione clinica molto avanzata. Durante la malattia l'insufficienza epatica presenta delle abbondanti oscillazioni, apparentemente senza alcun rapporto con lo stato fisico del fegato, nè con lo speciale decorso della malattia.

Prof. Baccarani. — Si domanda se per avventura non esistano delle pseudo-gastropatie da insufficienza epatica, ritenute fin qui delle vere e proprie sofferenze di stomaco. In caso affermativo, come il Baccarani crede, potrebbe questa piccola sindrome pseudo-gastropatica essere ridotta o anche eliminata, sensibilizzando i soggetti, prima del pasto, con mezzo gr. di peptone. Infatti, come l'Andreanelli ha confermato, si può ridurre di molto e anche evitare la crisi vascolo-sanguigna, facendo ingerire mezzo grammo di peptone ai soggetti con insufficienza epatica.

Dott. Salvolini U.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

La reazione di Bordet Gengou nelle lesioni aortiche.

E. Goynaroff (*Med. Record*, 26 marzo 1921), dopo aver tratteggiato la storia delle lesioni aortiche, riferisce intorno a 46 casi di lesioni aortiche da lui studiati. Di questi 46 casi solamente 3 ammisero di aver contratta la sifilide, mentre 27 presentarono una Wassermann positiva.

Per 21 di questi casi, considerazioni cliniche anamnestiche ed anatomo-patologiche facevano ammettere una pregressa infezione luetica, mentre per gli altri 6 casi non vi era alcun appoggio diagnostico che facesse ritenere una pregressa infezione luetica quale causa della positività della Wassermann.

L'A. quindi ritiene che non tutte le lesioni aortiche con W. positiva siano di origine luetica; ma che piuttosto lesioni aortiche ateromatose, in soggetti di età avanzata, possano dare reazioni positive, giacchè, secondo quanto anche il prof. Bard affermerebbe, le placche ateromatose sono capaci di fissare il complemento.

RADOGNA.

Il dolore addominale nelle malattie cardiache.

G M. Slot (rif. in *Medical Review*, maggio 1921) riporta cinque casi di malattia cardiaca, in cui il sintoma predominante era costituito da accessi di dolori addominali. La diagnosi differenziale dalla peritonite secondaria acuta si è basata sui sintomi seguenti: 1) La dolorabilità addominale era superficiale, mentre era possibile la palpazione profonda; 2) Gli occhi non erano incavati; 3) Il paziente trovava difficoltà nel localizzare il punto dolente; 4) L'addome era cedevole e si moveva bene con la respirazione; 5) Il dolore era anteriore e non veniva riferito al dorso. In uno dei casi citati, si trovò trombosi dell'arteria mesenterica superiore, in un altro probabile infarto del pancreas; in un terzo la causa era da riferirsi ad un eccesso di digitale, che aveva provocato nausea e dolori; in un altro caso trattavasi probabilmente di angina addominale associata con ateroma gastrico, condizione che, secondo Albutt, dà un reperto addominale negativo, associato con dispepsia flatulenta e dolore lombare terebrante; in un ultimo caso non venne accertata la causa.

Bisogna dunque tener presente che il dolore addominale nelle affezioni cardiache può avere diverse cause, che non si possono sempre riconoscere od eliminare *fil.*

CASISTICA.

I tumori del grande epiploon.

Possono essere *solidi* (lipomi, fibromi, tumori infiammatorî, sarcomi, endoteliomi, epiteliomi) o *liquidi*: di questi ultimi, alcuni sono rari (cisti dermoidi, angiomi, linfomi), altri più frequenti (cisti sierose, mucose, ematiche, idatidee).

Sintomatologia. — I tumori *liquidi*, più frequenti nella giovane età e nel sesso femminile, si svolgono senza dare grandi disturbi, e possono raggiungere proporzioni enormi.

Sono generalmente superficiali, indolori, lisci, regolari, globosi; mobilissimi dal basso in alto, meno in senso laterale, meno ancora dall'alto al basso; spesso sono fluttuanti.

I tumori *solidi benigni* (Aimes, *Progrès médical*, 1920, n. 1) raggiungono talora notevoli dimensioni, senza gravi disturbi funzionali, si accompagnano a costipazione, disturbi gastrici, per compressione o stiramenti, ed anche ad edemi degli arti inferiori.

Fra i tumori *solidi maligni*, i sarcomi si osservano preferentemente fra i giovani, gli epiteliomi fra gli adulti. Sono più frequenti che nei benigni i disturbi da compressione (edemi, ascite, disturbi gastrici). Le aderenze immobilizzano rapidamente il tumore e provocano intensi dolori. L'evoluzione è rapida.

La *diagnosi* si basa specialmente sulla mobilità a cui si è accennato: messo l'infermo nella posizione di Trendelenburg, i tumori risalgono verso il diaframma; poco si spostano con la respirazione.

È facile la confusione: *a*) delle cisti e lipomi; con l'ascite, le cisti del mesentere, del pancreas, del fegato, della milza, dell'ovaia, dell'uraco, con l'aneurisma dell'aorta, dell'arteria femorale; *b*) dei tumori solidi con tumori della parete addominale, epiploite, fibromi uterini, tumori del rene, milza mobile ed ectopica, ecc.

Diagnosi di natura. — Le cisti sierose e mucose sono per lo più congenite; hanno evoluzione lenta: il risentimento sullo stato generale è tardivo. Le cisti idatidee si accompagnano ad accessi di orticaria, a reazione di Weinberg, ad eosinofilia. Il lipoma si svolge lentamente: la puntura esplorativa negativa lo differenzia dall'ascite. Nei tumori infiammatorii si hanno antecedenti anamnestici (colite, appendicite, interventi chirurgici addominali). I tumori maligni sono duri, irregolari,

a decorso rapido, accompagnati quasi sempre da ascite emorragica e da disturbi funzionali da compressione.

r. s

TERAPIA

Il trattamento della sifilide nel neonato.

Oltre alle manifestazioni congenite, tra cui è da notarsi il pemfigo con bolle piene di spirochete (necessità di guanti di gomma per chi assiste tali bambini) vi sono accidenti specifici, che sopravvengono nei primi giorni o nelle prime settimane: ittero, emorragie gastro-intestinali, ascite, peritonite, sclerosi del testicolo, sifilidi cutanee, coriza, malattie delle ossa, ecc.

L'allattamento deve essere fatto dalla madre oppure artificialmente: nel caso in cui il medico trovi una nutrice mercenaria che allatta un sifilitico egli deve avvisare *per scritto* che è impossibile la continuazione dell'allattamento da parte della nutrice, conservando poi la copia di tale prescrizione, firmata da uno dei genitori del bambino. Se il medico viene consultato dalla balia infettatasi, egli non può, come medico della famiglia, violare il segreto professionale.

La cura può essere fatta:

1° *Per frizioni.* — Unguento napoletano g. 20; essenza di menta goccie venti. Si divide in 10 dosi, usandone una per ogni frizione (una al giorno). La frizione si pratica proteggendo la mano con un guanto di pelle, soffregando per cinque minuti ed applicando poi una falda di cotone: il giorno seguente, prima di procedere ad altra frizione si lava la parte frizionata con acqua calda. È bene cambiare ogni giorno regione; si può seguire questo ordine: 1) lato sinistro del torace; 2) lato destro; 3) lato sinistro del ventre; 4) lato destro; 5) faccia interna della coscia sinistra; 6) coscia destra; 7) polpaccio sinistro; 8) polpaccio destro; 9) braccio sinistro; 10) braccio destro, ricominciando poi la serie. Dopo 3 settimane sospendere per 8-10 giorni.

2° *Per ingestione.* — Liquore di Van Swieten: 20 goccie in 24 ore, in quattro volte in un po' di latte: oppure soluzione di lattato di mercurio a 1/1000 da prendersi come il precedente, ovvero 8-10 gocce per kg. di peso, al giorno in tre volte. Continuare 20 giorni e sospendere per 10.

3° *Per iniezioni endomuscolari.* — Soluzione acquosa di bijoduro di mercurio (4 mg. per cmc. di acqua): se ne inietta 1/2 cmc. al giorno in un neonato di 3.500 g.; dopo 10 giorni si sospende, riprendendo poi dopo altri 10 giorni. Si fa l'iniezione alla schiena lateralmente alla colonna vertebrale, oppure nelle natiche al punto di Barthelemy.

Le iniezioni endomuscolari di arseno-benzolo (10-15 mg. per kg. di peso) hanno azione benefica nel pemfigo: lo stato generale ed i disturbi viscerali vi sono però refrattari; di più tali iniezioni determinano indurimenti spesso complicati da necrosi (Démelin e Devraigne: *Manual du Puériculteur*). Il trattamento mercuriale va istituito anche in neonati figli di sifilitici, senza lesioni apparentemente specifiche, ma con malattie in apparenza banali (diarrea, vomiti, perdita di peso) che durano a lungo e resistono alle solite cure.

fil.

La cura della sordità eredo-sifilitica.

Si manifesta di solito un poco prima od un poco dopo la pubertà, specialmente nel sesso femminile; può ritenersi più ignorata che rara, essendo presa il più spesso per una sordità banale, d'origine sclerosa. La sordità può stabilirsi insidiosamente e progressivamente: talvolta invece sopravviene d'un tratto, con sintomi inquietanti che richiamano la vertigine di Menière: vomiti, cefalea, ronzii intensi. Se non vi è partecipazione dell'orecchio medio, non vi è scolo, non vi sono segni otoscopici; la trasmissione ossea è quasi abolita, i labirinti diventano ineccitabili od ipoeccitabili.

La diagnosi (G. Didier: *Journal des Praticiens*, 19 febbraio 1921) è spesso difficile; la comparsa di una sordità sui 10-15 anni, senza scolo nè lesione timpanica deve richiamare l'attenzione e specialmente, in assenza di stigmate, fare procedere alla reazione di Wassermann. La diagnosi differenziale va fatta con la vertigine di Menière (raramente bilaterale, non dà sordità totale), con l'isterismo (la sordità scompare bruscamente), con la compressione encefalica (sindrome d'ipertensione cranica).

Il *trattamento* non deve incominciare con gli arsenicali, che possono eccitare il processo sifilitico, ma con il mercurio (iniezioni endovenose di cianuro, 20 cg. in 20 giorni consecutivi); si ricorrerà poi agli arsenobenzoli a dosi minime (5-10 cg.) non aumentando che dopo essersi assicurati che lo stato generale non ne soffre.

Nei casi recenti (1-2 mesi) si otterranno così miglioramenti, con periodi di alti e bassi. Quando il labirinto od i centri uditivi sono distrutti, ciò che si verifica dopo tre mesi, la cura non avrà alcun effetto sull'audizione; bisogna quindi essere sempre molto riservati sul pronostico.

Oltre al trattamento specifico sono raccomandabili la pilocarpina (5 gocce al giorno di una soluzione di cloridrato al 7 %), l'joduro di potassio, la stricnina (cinque mg. al giorno): con l'adrenalina si combatteranno con prudenza le vertigini. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1380) *Reazione di Kafka nel liquido cefalo-rachideo.* — All'abb. n. 14084, Ancona:

Gli studi di Kafka danno una importanza clinica al potere emolisinico del liquido cerebro-spinale.

Per la *reazione emolisinica* il liquor deve essere usato *fresco* e *privo di sangue*, non deve presentare colorito giallo; quando anche dopo centrifugazione persista una colorazione gialletta, si può tenere conto solo delle reazioni negative. Bastano 5 cmc. di liquor e mezzo cmc. di sangue di montone diluito al 5 %. Si possono abbassare le dosi riducendo per esempio il liquor a 3-2 cmc. ed il sangue di montone rispettivamente a 0,30-0,20. Non sono utilizzabili per la reazione le emazie lavate di montone. come per altre reazioni emolitiche, perchè manca il liquor di sufficiente potere complementare.

I resultati si leggono dopo tre ore e la lettura si può rappresentare con cifre: emolisi 6 (completa), e. 5 (forte), e. 4 (modica), e. 3 (lieve), e. 2 (traccia di emolisi), e. 1 (accenno d'emolisi).

È opportuno praticare la *prova emolisinica nel siero di sangue* dello stesso individuo, sì da stabilire il potere emolitico del siero. Il rapporto tra il potere emolitico del siero e quello del liquor ci informerà sulla «permeabilità» dei plessi coroidei e delle meningi.

t. p.

(1381) *Sindrome di Adams-Stokes.* — All'abbonato n. 5277:

Sulla sindrome di Adams-Stokes può riscontrare la classica opera di Wenkebach: *Die unrezelmässige Herztätigkeit und ihre Klinische Bedeutung*, oppure le lezioni di Vaquez: *Les aritmies*, o meglio il capitolo sulle bradicardie nel recente volume dello stesso Vaquez, *Maladies du cœur*, della collezione Gilbert e Carnot: in questi trattati troverà indicazioni bibliografiche numerose e moderne; il libro del Vaquez è del 1921. *t. p.*

(1382) Al dott. G. P. G. da Firenze:

Non occorre alcuna autorizzazione per riprodurre o sunteggiare un articolo di rivista scientifica: è però doveroso citare la fonte.

Si fa presente che, per norma generale, la posta degli abbonati non risponde ad anonimi.

(1383) Al dott. N. G. di I. Rufo:

G. MARION: *Chirurgia del pratico.* Fr. Vallardi, Milano. Del noto Manuale del Lejars è stata pubblicata recentemente una nuova edizione. — *Physiothérapie*, 4 volumi in Bibliothèque de thérapeutique di Gilbert e Carnot. Baillière, Parigi. — *Les agents physiques usuels* (di autori diversi). Masson e C., Parigi. — DURANTE e LEOTTA: *Trattato di medicina operatoria generale e speciale.* Un. tip. ed. tor. — SCHMIEDEN: *Corso di operazioni chirurgiche.* Ibidem. *r. s.*

(1384) *Tintura di iodio inalterabile.* All'abbonato n. 4851:

Il metodo Gaglio per rendere inalterabile la tintura di iodio consiste nell'aggiunta di cristallini di acido iodico (nella proporzione di 1 g. ogni 100 cmc. di tintura ufficiale).

L. V.

(1385) All'abbonato 10753 da Cefalù:

AIMES A. *La pratique de l'héliothérapie.* Maloine, Parigi. — *Les agents physiques usuels* (di autori diversi). Masson e C., Parigi. — G. B. ROATTA. *L'elioterapia nella pratica medica e nell'educazione.* Hoepli, Milano. — CIMMINO R. *Compendio di igiene.* V. Idelson, Napoli.

r. s.

(1386) Al dott. T.:

Anche a Firenze esiste una scuola di Stomatoiatria, annessa al R. Istituto di Studi Superiori. Il corso è biennale e comprende i seguenti insegnamenti: Patologia e Clinica orale (prof. G. Cavallaro, via Tornabuoni, 10, al quale può rivolgersi per informazioni); Odontotecnica ed Ortopedia dentale (prof. Arnone); Anatomia e Istologia (prof. Chiarugi); Chirurgia clinica ed operativa (prof. Burci); Patologia chirurgia (prof. Gatti), ecc.

PIPERNO.

(1387) Al dott. C. F., Palazzolo sull'Oglio:

Un buon trattato di tecnica radiologica e radioscopica e radiografica, per quanto alquanto antiquato, è la Tecnica radiologica di Alberts-Schönberg edito dalla Società Editrice libraria. Uno francese, moderno, buono, è quello di Bulère. Cottenot, Laborde, ediz. Maloine, 1921. A. A.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INTERESSI PROFESSIONALI.

Le modifiche della legge sulla Cassa di Previdenza dei medici condotti.

La Commissione ministeriale, a cui fu dato l'incarico di redigere il testo delle modificazioni da apportarsi alla vigente legge sulle pensioni, a mezzo della sua Sotto-commissione, di cui facevano parte due rappresentanti della classe medica, ha formulato le sue conclusioni.

La Sotto-commissione ha ritenuto necessario proporre l'aumento a lire 600 del contributo annuo a carico dei medici condotti ed anche a lire 600 quello a carico degli enti presso cui essi prestano servizio.

Con il proposto aumento si viene ad assicurare, a coloro che si inscriveranno alla Cassa, una pensione quasi tripla di quelle che segnano le attuali tabelle.

Così, ad esempio: con 20 anni di servizio e 45 di età, mentre ora si liquidano lire 498 con le nuove tabelle si liquidano lire 1875, con 30 anni di servizio e 55 anni di età mentre ora si liquidano lire 1280 con le nuove tabelle si liquidano lire 4836 e con 40 anni di servizio e 65 di età mentre ora si liquidano lire 3000 di pensione, con le nuove tabelle si liquideranno, invece, lire 12000, cioè il massimo che sarà stabilito dalla legge.

In caso di invalidità non prodotta da servizio e nel caso di pensioni privilegiate, di cui nel comma *b* dello articolo 17 del vigente testo unico, la pensione è fissata in un minimo di lire 2000. Per accrescere la pensione spettante ai medici attualmente inscritti alla Cassa, la Sotto-commissione propone devolvere in loro favore la eccedenza di lire 400 sul complessivo contributo di lire 1200 dovuto dai nuovi inscritti e dagli enti per la durata di anni 20, cioè, per il tempo in cui non sarà possibile liquidare pensione di sorta.

E poichè il valore capitale di tale eccedenza per tutti i 14000 posti inscritti al 1° gennaio 1921, ammonta a lire 74,400,000, si destina a tale scopo la somma di lire 64,400,000, devolvendo le rimanenti lire 10,000,000 al miglioramento delle pensioni di coloro che già sono a riposo.

Essendo tale somma anche insufficiente per migliorare sensibilmente le pensioni previste dalle vigenti tabelle, la Commissione si è indotta a proporre la continuazione del contributo decennale di lire 250,000 da parte dello Stato. In tal modo sarà permesso di corrispondere agli attuali inscritti, per il tempo anteriore alla riforma, una pensione sulla base delle tabelle da applicarsi ai servizii futuri con riduzione del 40 %. Gli attuali inscritti che andassero a riposo subito dopo l'attuazione della riforma, liquidano assegni di quiescenza sempre superiori al doppio di quelli che loro spetterebbero in base alle tabelle vigenti. Gli assegni stessi, a parità di età e di anni di servizio alla data del collocamento a riposo, vanno aumentando coll'aumentare della durata del periodo di versamento dei contributi nella proposta nuova misura di lire 600, in modo che, come dice la Sotto-commissione, venga salvaguardato quel principio di equità per il quale debbono essere maggiori i vantaggi per quei sanitarii che sono sottoposti per maggior numero di anni al pagamento del più elevato contributo.

Così un medico con 20 anni di servizio e 45 di età, che dopo 10 anni dalla attuazione della riforma intendesse liquidare la pensione otterrebbe, invece della attuale di lire 498 l'altra di lire 1384; un medico con 50 anni di età e 25 di servizio in luogo di lire 799 riceverebbe lire 2096 ed un medico con 55 anni di età e 30 di servizio riceverebbe in luogo di lire 1280 la pensione di quiescenza in lire 3213.

Si è anche discusso e risoluto il mezzo di accrescere l'ammontare delle pensioni a coloro che si trovano già collocati a riposo.

La Sotto-commissione esaminò in quali proporzioni convenisse concedere tale aumento e, cioè, se in misura unica proporzionale o graduale e ritenne preferibile proporre il sistema degli aumenti graduali che, pur portando ad aumenti in misura assoluta maggiori per coloro che avendo servito più a lungo hanno maggiori pensioni, si risolve, in sostanza, a dare aumenti in percentuali meno elevate per le pensioni maggiori e più elevate per le pensioni più piccole.

Le scale degli aumenti proposte sono le seguenti:

Pensioni dirette: aumento del 100 per cento sulle prime lire 1000 di pensione; aumento del 50 per cento sulle seconde lire 1000 di pensione, aumento del 25 per cento sulle quote di pensione eccedenti le prime lire 2000.

Pensioni indirette: aumento del 100 per 100 sulle prime lire 500 di pensione; aumento del 50 per cento sulle seconde lire 500 di pensione; aumento del 25 per cento sulle quote di pensioni eccedenti le lire 1000.

Doctor JUSTITIA.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia

(Giugno 1921).

MALATTIE	6-12 giugno		13-19 giugno		20-26 giugno		27 giugno 3 luglio	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	293	2657	209	1403	208	1434	145	832
Scarlattina. .	73	295	69	220	74	175	62	231
Vajuolo e vajoloide .	28	95	26	53	8	21	11	25
Tifo addominale . . .	144	285	136	292	162	339	180	445
Difterite e croup . . .	133	250	89	137	100	159	85	130

L'epidemia morbillosa va esaurendosi nel Piemonte; permane tuttora in Lombardia, Toscana, Emilia, Puglie. Il vajuolo è ormai ridotto a pochi casi sporadici.

MEDICINA SOCIALE.

Per l'assicurazione contro le malattie.

Il Consiglio Superiore della Previdenza e delle Assicurazioni Sociali, inaugurando i propri lavori alla vigilia del discorso della Corona, approvava questa mozione:

«Il Consiglio, udite le comunicazioni del Direttore generale della Previdenza Sociale circa gli studi compiuti dall'Ufficio successivamente alla Sessione del 1920 e la relazione sul funzionamento dei vari rami delle assicurazioni sociali; considerato come siano trascorsi ormai vari anni dall'epoca in cui il Governo, interprete dei voti del Parlamento e dei bisogni del Paese, si assunse il compito di predisporre un disegno di legge sulla assicurazione obbligatoria contro le malattie; come non sia più differibile tale assicurazione che rappresenta la più efficace difesa della salute pubblica e la soluzione della grave questione ospitaliera con un vitale alleviamento delle finanze locali, ed è indispensabile per il coordinamento e la sistemazione globale delle assicurazioni sociali; richiamate le numerose manifestazioni del Consiglio Superiore della Previdenza e delle Assicurazioni Sociali a favore di un tale ordine di provvidenze; mentre tributa un caldo voto di plauso all'opera attiva ed efficace svolta dalla Direzione Generale della Previdenza, così nel campo degli studi come in quello dell'attuazione delle leggi attinenti a quell'importantissimo ramo delle funzioni statali; esprime il voto che il Governo, coerente agli affidamenti dati in più occasioni al Paese, voglia presentare al Parlamento il disegno di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie, coordinato alle altre assicurazioni sociali secondo i criteri e gli schemi raccomandati dai più autorevoli Convegni degli studiosi, dei tecnici e delle classi interessate».

A questa mozione hanno dato incondizionati consensi la rappresentanza popolare; autorevoli parlamentari specializzati della previdenza, come Carlo Ferraris e Mario Abbiate; uomini di scienza, come il Devoto e il Gobbi.

Ora spetta al Governo una parola franca e decisiva con un disegno di legge che non deve consistere in un sola..... «camicia», poichè il popolo non può accontentarsi delle vaghe parole contenute nel discorso della Corona ove si manifestò l'intendimento di rinsaldare il sentimento della previdenza e gli Enti che l'amministrano.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Per l'utilizzazione e l'esame delle acque minerali.

Con decreto del Ministero dell'Interno in data 30 aprile, inserito nel *Bollettino del Ministero dell'Interno* dell'11 giugno, n. 17, sono approvate le *istruzioni* contenenti le norme per la utilizzazione ed il commercio delle acque minerali, per le analisi, per la redazione delle etichette e dei contrassegni, per i recipienti di vendita delle acque, per i sistemi di chiusura, per il funzionamento igienico degli stabilimenti e per la redazione dei regolamenti interni, di cui agli art. 5 e 15 del Regolamento circa le acque minerali e gli stabilimenti termali, idroterapici, di cure fisiche e affini, approvato con R. D. 28 settembre 1919, n. 1924. Le istruzioni sono annesse al decreto.

Con decreto del Ministero dell'Interno in data 13 maggio, inserito nel *Bollettino* suddetto, stesso numero, è approvata una tabella dei laboratorî ai quali possono essere affidate le analisi delle acque minerali, di cui agli art. 5, 6 e 11 del Regolamento suddetto.

Una Circolare del Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica, Ufficio Affari Generali) in data 25 maggio, n. 20909 - 9 A. G./3293, ai signori Prefetti del Regno, inserita nel *Bollettino* suddetto, stesso numero, illustra il decreto di cui sopra, sui laboratorî di analisi delle acque minerali.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

49. Provincia di *Teramo*: Dottori: Mannilli Giovanni, Civitella Tronto, L. 300 — Tassoni Francesco, Campli, L. 300 — De Calitiis Giuseppe, Atri, L. 300 — Morelli Biagio, Teramo, L. 300 — Pierotti Rocco, Montorio, L. 200 — De Filippis Antonio, Castiglione M. R., L. 200 — Tattani Giusep-

pe, Isola G. S., L. 200 — Rampini Francesco, S. Egidio, L. 200 — La Guardia Francesco, Penne, L. 200 — Antico Tommaso, Loreto, L. 100 — Di Giuseppe Giacomo, Basciano, L. 100 — Tauzi Giuseppe, S. Omero, L. 100 — Cenzani Giustino, Torricella, L. 100 — De Vico Fortunato, Farindola, L. 100.

50. Provincia di *Perugia*: Dottori: Galli Giacinto, Terni, L. 600 — Moscioni Giuseppe, Città di Castello, L. 600 — Raveggi Luigi, Castiglione del Lago, L. 600 — Curti Egisto, Narni, L. 300 — Bracconi Praccio, Nocera Umbra, L. 300 — Iraci Alfredo, Perugia, L. 300 — Sabatini Pio, Foligno, L. 300 — Donati Fernando, Gubbio, L. 300 — Stramaccioni Vincenzo, Orvieto, L. 300 — Massi Benedetti Saverio, Spoleto, L. 300 — Marchetti Augusto, Spello, L. 300 — Armanni Alfredo, Assisi, L. 300 — Squarcina Rodolfo, Amelia, L. 300 — Farello Antonio, Bastia, L. 300 — Santovecchi Romeo, Umbertide, L. 300 — Quadri Giuseppe, Todi, L. 300 — Guerrieri Ruggero, Gualdo Tadino, L. 300 — Tradardi Camillo, Bevagna, L. 300.

CONCORSI.

ACQUASPARTA (*Perugia*). — Scad. 31 agosto. Due posti di medico-chirurgo. Stip. L. 6000 ed indennità c.-v. Oltre i 1000 poveri, L. 2 in più per ogni iscritto nell'elenco. Vengono altresì corrisposte le seguenti indennità: L. 1000 annue qualora il numero degli abbienti obbligati al pagamento della cura medico-chirurgica sia inferiore a 300; L. 2000 per disagiato servizio e L. 3000 per la cavalcatura.

ARSIÈ (*Belluno*). — Scad. 25 agosto. Stip. L. 6000 per il servizio poveri, L. 2 ogni povero superiore ai mille, L. 900 uff. sanit., doppia indenn. caro-viv. di legge e indenn. di trasporto che sarà di L. 3500, 2800 o 1000 a seconda dei mezzi adoperati. (Abit. 10,000 circa, sup. kmq. 330). Documenti di rito, compreso lo stato di famiglia.

BELLEGRA (*Roma*). — Scad. 31 agosto. Medico condotto per i poveri. Stip. L. 7000 annue, L. 300 come ufficiale sanitario oltre le indennità c.-v. come per legge. Documenti di rito e certificato di iscrizione all'Ordine dei medici. I certificati debbono essere tutti legalizzati e di data non anteriore a sei mesi al 20 luglio.

BERGANTINO (*Rovigo*). — Scad. 30 settembre. Stipendio L. 6000, due indenn. caro-viv. ed una eventuale terza indenn. di annue L. 500 nel caso che il medico non trovasse conveniente alloggio, più L. 1000 per uso bicicletta, oppure L. 2500 per cavalc. e L. 400 se incaricato funzioni uff. sanitario.

BORGO DI TERZO (*Bergamo*). — Consorzio; L. 6500 per 1000 pov.: 2600 ab.; L. 500 uff. san.; doppio caro-viv. Scadenza 20 agosto.

CARLOFORTE (*Cagliari*). — Scad. 31 agosto. Cond. residenz., stipendio L. 6600, senza le due indennità caro-viv. Lo stpendio sarà aumentato di un decimo per ogni quinquennio e per quattro quinquenni consecutivi e sarà corrisposto al lordo delle imposte di R. M. e per pensione.

CASTELLAMMARE ADRIATICO (*Teramo*). — Scadenza 30 agosto. Concorso alla prima Zona della Città. Stipendio 4500 per i poveri, più 1500 per indennità cavalcatura, oltre caro viveri. Sito ameno. Centro balneare di primo ordine.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Scadenza 15 sett. Due condotte residenziali rurali per Lerchi e San Majano, con residenza rispettivamente a Città di Castello e San Majano. Obbligo di cura per i poveri. Stipendio L. 6000 lorde (aumentabili di un decimo per tre quinquenni) per i primi 1000 poveri: oltre tal numero L. 2 annue per ogni inscritto nell'elenco. Se gli abbienti sono in numero inferiore a 300, si corrisponde indennità di L. 1000 e di 2000 se gli abbienti sono meno di 100. Per i meno abbienti si applica una tariffa di favore della metà di quella stabilita nell'Umbria per gli abbienti. Indennità di cavalcatura L. 3600; doppio caro-viv. Documenti di rito (data non anteriore a 3 mesi dal 27 luglio) compreso l'iscrizione in un Ordine dei sanitari.

CORTONA (*Arezzo*). — Scad. 17 agosto. Due medici-chirurghi condotti con residenza uno in frazione Creti e l'altro in frazione Teverina. Stip. L. 9000 per la cura fino a 1000 poveri e L. 3 per ogni povero in più con 4 aumenti quadriennali del decimo, oltre le due indennità c.v.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e stabilimenti riuniti.* — Concorso per titoli ed esami ad Aiuto del turno medico pediatrico presso l'ospedale Meyer. Documenti di rito con data posteriore al 27 luglio. Non meno di quattro anni di laurea e di un anno di servizio effettivo con nomina regolare presso pubblici Ospedali od Istituti clinici; età non superiore ai 36 anni. Obbligo del servizio di guardia. Nomina per un biennio ed eventuale conferma per un altro. Stipendio L. 5250 oltre indennità caro-viveri. Scadenza ore 18 del 31 agosto.

FOLIGNO (*Perugia*). — Scad. 1° settembre. Tre posti di medico chirurgo condotto per le condotte rurali di Annifo, Capodacqua e Scopoli. Stipendio L. 6000 più L. 2400 per cavalcatura e tre aumenti quinquennali del decimo. Inoltre al medico chir. della condotta di Annifo competono L. 1000 annue per indenn. disag. residenza e l'abitazione.

GIULIANOVA (*Teramo*). — Condotto della Borgata Marina; al 23 agosto; kmq. 4 in pianura; ab. 2200, pov. 192; L. 4071 comprese L. 1200 per cavalc., due caro-viv., 5 quadr. (in corso di approvaz.).

MIGLIERINA (*Arezzo*). — Poveri, L. 4000 e 5 quadrienni del decimo, addizionale L. 10 per ogni famiglia in più delle 300; uff. san. L. 500. Scad. 20 agosto.

NEMBRO (*Bergamo*). — Scad. 25 agosto. Medico condotto per la cura dei poveri. Stip. L. 6500 fino a mille poveri, L. 250 per ogni centinaio di poveri oltre il primo migliaio e fino a 2000, L. 350 per ogni centinaio di poveri aggiunto oltre i 2000 e fino a 4000, oltre la prima e seconda inden. c.-v.

ORTIGNANO-RAGGIOLO (*Arezzo*). — Scad. 20 agosto. Medico-chirurgo condotto. Stipendio L. 8000 con 4 aumenti quadriennali del decimo, oltre l'indennità c.-v., L. 2000 per la cavalcatura e L. 500 per le funzioni di Ufficiale Sanitario.

ORTONA DE' MARSI (*Aquila*). — Scad. 25 agosto. Seconda condotta, stip. L. 6000 per i soli poveri,

L. 2500 indenn. cavalc. e disagiato servizio; se nominato uff. sanitario L. 500. Resid. capoluogo.

POSTA (*Aquila*). — Scad. 22 agosto. Medico condotto e Ufficiale sanitario del Comune. Stipendio L. 6000 annue per la cura dei poveri, oltre L. 500 quale uff. sanit., L. 200 per disagiata residenza, L. 2000 per mezzo trasporto.

PRAMAGGIORE (*Venezia*). — Scad. prorog. 15 agosto. Medico condotto del Comune. Stip. L. 6000 oltre le due indennità c.-v., L. 500 per la cavalcatura e L. 400 per il servizio di Ufficiale Sanitario. Documenti di rito. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

PROSSEDI (*Roma*). — Scad. 31 agosto. Medico-chirurgo condotto. Stip. L. 7000 fino a 1500 poveri e L. 1.50 per ogni povero in più, oltre le indennità c.-v. concesse agli impiegati dello Stato, L. 500 per disagiata residenza, L. 300 per la carica di Ufficiale Sanitario, L. 800 per rimborso spese di cavalcatura e 3 aumenti quinquennali del decimo.

ROVERBELLA (*Mantova*). — Scad. 15 agosto. Medico condotto residenziale per il terzo Reparto (frazione Canedole). Stip. L. 7000 con 4 aumenti quadriennali del decimo, oltre le due indennità c.-v. e 600 per il mezzo di trasporto. Obbligo della residenza in Canedole. Documenti di rito.

SANGIUSTINO (*Perugia*). — Scad. 31 agosto. Condotta residenz di Selci-Lama-Montagna. Stipendio L. 6000 per i primi mille pov. e L. 2 ogni pov. in più, tre aum. quinq. del decimo, indenn. c.-v. Se il numero degli abbienti sia inferiore a 300, verrà corrisposta un'indennità di L. 1000 annue. Mezzi trasporto totalmente a carico del Comune.

SUISIO (*Bergamo*). — L. 6500 per circa 900 pov.; 4500 ab. circa; L. 500 uff. san.; L. 500 mezzi trasp.; doppio caro-viv. Scad. 20 agosto.

SULMONA (*Aquila*). — *Ospedale Civile*. — Chirurgo primario; L. 3500 lorde. Scad. 31 agosto. Servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina. Chiedere annunzio e disposizioni del regolamento alla Segreteria della Casa Santa dell'Annunziata in Sulmona.

TORRE DE' BUSI (*Bergamo*). — L. 6500 per 1000 pov.; 2300 ab.; uff. san. L. 500; mezzi trasp. L. 500; indennità disag. resid. L. 1500; doppio caro-viv. Scadenza 31 agosto.

TRIESTE. *Municipio*. — A tutto 31 agosto tre posti di medici capi-reparto dell'Ufficio d'igiene. Stipendio fondamentale L. 12,000; sussidio alloggio L. 1200; aggiunta di funzione non inferiore a lire 3000 e non superiore a L. 6000, da fissarsi dopo la nomina; indennità caro-viv. Un quadriennio di carriera di L. 1800 e due di L. 1500. Età massima 40 anni. Per altre informazioni confrontare il fasc. 31.

TRIPOLI. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele III*. — Direttore; L. 8000 aumentabili, L. 4000 indenn. residenza, L. 3000 carica, c.-v.; età limite 50; escluso esercizio profess. Assistente di chirurgia; lire 4000 aumentab.; L. 3000 residenza, c.-v.; età limite 40. Nomine biennali. Scad. 1 settembre.

UDINE. *Deputazione Provinciale*. — Medico di Riparto di III Classse nel Manicomio Prov.; L. 8800, alloggio pers., luce, riscaldam., vitto nei giorni di guardia, quinquenni, passaggi di classe; due indenn. c.-v. Età limite 35. A tutto 10 settembre. Servizio entro un mese.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Scad. 15 agosto. Medico-chirurgo con condotta residenziale nella frazione Preggio. Stip. L. 6000 con 3 aumenti quinquennali del decimo, oltre l'indennità di L. 2000 per disagiata residenza e la doppia indennità c.-v.

Giovane medico-chirurgo accetterebbe interinato mesi agosto-settembre qualunque paese delle Marche, Piemonte, Lombardia, Emilia, Trentino, Alto Adige. Scrivere: Dottor Mario Muzii - Castellammare Adriatico (Prov. Teramo).

Premio Mörsel (*Heidelberg*).

La Fondazione Mörsel (Heidelberg) offre un premio di 10,000 marchi ed uno di 5000 (al cambio attuale circa lire italiane 4000 e 2000) ai migliori lavori sulla eziologia, sulla diagnosi e sul trattamento del cancro. Il concorso scade il 1° ottobre 1921. I lavori debbono essere redatti in tedesco ed inviati all'Istituto per lo Studio sperimentale del Cancro in Heidelberg. Debbono essere pubblicati tra il 1° gennaio 1921 e il 1° ottobre 1921, oppure pronti per la pubblicazione.

Premio Parkin (*Edimburgo*).

Il Reale Collegio dei Medici di Edimburgo ha bandito un concorso al premio Parkin di 100 lire sterline (al cambio attuale circa 8000 lire italiane) tra gli autori di tutte le nazioni, per la migliore trattazione del tema: «Effetti dell'azione vulcanica sulla produzione di malattie epidemiche nel regno animale e vegetale e sulla produzione di uragani e di fenomeni atmosferici anormali». Per informazioni rivolgersi al segretario Dr. G. S. Fowler (Royal College of Physicians, Edimburg).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Giovanni Genoese ha ottenuto per titoli la libera docenza in Clinica pediatrica. Il tema assegnato per la lezione è stato: «La meningite tubercolare nel bambino». La Commissione era composta dei proff. Gaglio, Marchiafava, Luzzatti, Spolverini, Jovane.

Vive congratulazioni da parte del *Policlinico*.

Segnaliamo con vivo compiacimento che il *Medical Board* del St. Mark's Hospital di New York ha nominato ad unanimità, come direttore della Clinica diagnostica il nostro connazionale dottor cav. Salvatore Magnoni. Congratulazioni.

Il prof. Emilio Abderhalden è stato chiamato a coprire la cattedra di chimica fisiologica all'Università di Basilea, resasi vacante per la morte del compianto prof. Bunge.

NOTIZIE DIVERSE.

Per le industrie sanitarie italiane.

Il Comitato Permanente per le Industrie Sanitarie Italiane ha curato che venissero direttamente portati a Roma i voti espressi dal II Congresso Nazionale tenutosi a Parma. In rapporto alle varie questioni interessanti le Industrie Chimico-Farmaceutiche e Idrologiche, il detto Comitato Permanente comunica quanto segue:

1° Con R. Decreto in corso di pubblicazione è sospeso quel raddoppiamento della tassa di bollo, di cui, sia per le acque minerali come per tutte le specialità medicinali, era annunciata l'attuazione fino dal dicembre u. s.

L'applicazione della tassa sui bagni, istituita con R. Decreto 13 luglio 1919, avrà qualche attenuazione, specie per bagni a prezzi popolari, e nella valutazione in generale dei *forfaits*.

Sarà presa in considerazione la proposta di sostituire detta tassa con altra, che, pure dando il medesimo gettito, sia più razionalmente applicata, così da non gravare in modo tanto sfavorevole, come ora avviene, sulle industrie balneari e idroterapiche.

2° Per quanto si riferisce al controllo sui farmaci e alle questioni inerenti alla produzione e al commercio chimico-farmaceutico, vennero presentati direttamente al Presidente del Consiglio e Ministro per gli Interni i voti formulati al Congresso di Parma, illustrandone, il Delegato del Comitato Permanente, le motivazioni e la urgenza. Altri desiderati della Classe Farmaceutica, votati dal recente Congresso di Trieste, venivano pure illustrati, nella stessa seduta, dal cav. G. Assauto, Presidente degli Ordini Farmaceutici, e dall'on. Carlo Bianchi, il quale vivamente si interessa a tutti i problemi sanitari ed aveva personalmente ottenuta l'udienza.

3° Per quanto riguarda le importazioni ed esportazioni, il rimborso della tassa sull'alcool e la tassazione aggiuntiva di esso, vennero esaminate presso l'Ufficio Tecnico Permanente per le Industrie Chimiche (Ministero dell'Industria e Commercio) le condizioni fatte dalle nuove tariffe doganali, in vigore dal 1° luglio. Il detto Ufficio ha dato affidamento che saranno prese in considerazione tutte le ulteriori misure le quali, compatibilmente con le esigenze del fisco, fossero attuabili, in relazione con proposte concrete presentate dal Comitato Permanente per le Industrie Sanitarie Italiane.

Corso di perfezionamento in odontojatria e protesi dentale della R. Università di Bologna.

Nell'ultima sessione di esami hanno ottenuto il diploma i signori dottori:

Belloni Francesco da Vittorio Veneto — Caramitti Aldo da Bologna, con lode — Catalino Alessandro da Fermo — Coluccini Cesare da Massa Carrara — De Cecco Enrico da Lanciano (Udine), con lode — De Majo Savino da Ortanova (Foggia), con lode — Formiggini Manlio da Modena — Girardi Francesco da Gioia del Colle (Bari) — Lazzaro Federico da Palermo — Losito Carlo da Andria — Maggi Francesco da Nave (Brescia) — Manconi Attilio da Oristano (Cagliari), con lode — Mancuso Roberto da Milano, con lode — Mariannini Siro da Latisana (Udine) — Mazza Rosario da Vittoria (Siracusa) — Morelli Arnaldo da Castel Bolognese (Ravenna) — Mosconi Ignazio da Montichiari (Brescia) — Pecci Achille da Milano — Piccioli-Cappelli Vittorio da Brescia — Pezzotti Ferdinando da Udine — Rambelli Antonio da Lugo (Ravenna) — Rietti G. Batta da Barbariga (Brescia), con lode — Sanna Luigi da Sanluri (Cagliari), con lode — Serena Antonio da Rocchette (Vicenza) — Tomaselli Vito da Bologna, con lode — Tonnarelli Giuseppe da Camerino (Macerata) — Ungarelli Giuseppe da Bologna — Vasilicò Giuseppe da Bologna — Zerbini Francesco da Molinella (Bolagna).

XIII Congresso Nazionale di Idrologia a Castellanmare di Stabia.

Alle informazioni già date (pag. 1032) aggiungiamo le seguenti:

Per le relazioni sono stati prescelti i seguenti argomenti:

Acque solforose (relatore Marfori);

Fanghi, muffe ed acque madri (Gasperini e Pisani);

Ospizî marini e loro organizzazione (Comisso).

Sono state annunziate altre comunicazioni.

Contemporaneamente al Congresso, sarà effettuata una Mostra, con esposizione di acque, fanghi, sali, pubblicazioni scientifiche e di propaganda, planimetrie, vedute panoramiche e di tutto quanto valga a dimostrare lo sviluppo delle nostre stazioni balneari, climatiche, ecc.

Si preparano altresì festeggiamenti ed attrattive diverse, fra cui il varo di una nave.

Lascito cospicuo.

A Venezia il n. p. Gio. Batt. Venier, ultimo superstite di gloriosa famiglia patrizia, dopo aver disposto per ingenti legati a parenti, ad amici, a varie istituzioni benefiche, ecc., istituiva erede universale l'Ospitale dei Cronici G. B. Giustinian. Pagati tutti i legati e le tasse, si calcola che all'O. P. resterà l'eredità di oltre un milione.

Corsi di perfezionamento in dermatologia e venereologia a Parigi.

Si terranno, sotto la direzione del prof. Jeanselme dal 3 ottobre al 15 novembre (dermatologia) e dal 17 novembre al 24 dicembre (Venereologia); al mattino vi sono visite nelle sale, consultazioni esterne; nel pomeriggio le lezioni completate da dimostrazioni di laboratorio, fisioterapia, ecc. Tassa d'iscrizione per ogni corso 150 franchi. Per informazioni e programmi, rivolgersi al professore M. Bloch, Capo laboratorio, *Rue Bichat* 40 (10e): *Hôpital S. Louis*, Parigi.

Le condizioni della Farmacia in Spagna.

Sono generali le lagnanze contro la indisciplina nelle farmacie e la concorrenza sleale. Intanto il Governo ha emanato ultimamente varie misure re-

strittive per il commercio di specialità, di sostanze eroiche, di sieri e vaccini. Anche i farmacisti hanno dal canto loro estrinsecato una alacre attività a tutela dei loro interessi. La neocostituita «Union Farmaceutica Nacional» in una petizione al Ministro-Presidente richiama il Governo all'intervento più energico, onde le vigenti leggi farmaceutiche vengano rispettate da tutti. (*L'Avven. Sanit.*).

Medici vittime di un investimento ferroviario.

I dottori Pietro Trovati di Cura Carpignano, presidente dell'Ordine dei Sanitari della provincia di Pavia, ed Emilio Cornelli di Torre del Mangano, dell'Associazione Medici condotti, ritornando in automobile da Stradella, dove erano stati a dirimere una vertenza fra sanitarî, sono stati investiti da un treno, ad un passaggio a livello. Il dott. Trovati morì quasi subito, il dott. Cornelli riportò la frattura del cranio e versa in condizioni disperate.

Per soccorrere le popolazioni affamate della Russia.

Alla Presidenza della Camera è stata presentata la seguente mozione:

«La Camera, ispirandosi ad un sentimento di elementare umanità, invita il Governo a prendere l'iniziativa fra le Potenze per avvisare ai mezzi di organizzare, se possibile, l'invio di soccorsi in viveri e medicinali alle popolazioni affamate della Russia.

Firmati: Colonna di Cesarò, Persico, Pasqualino Vassallo, Pascale, Galfo-Ruta, Bonardi, Casertano, Tripepi, Calò, Abisso, Fera, Amici, Amatucci, Finocchiaro-Aprile Emanuele, Ollandini, Rubilli, Vincenzo Bianchi».

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Wiener Klinische Wochenschrift, 7 luglio. — C. PIRQUET e altri. Il contributo americano all'alimentazione degli scolari in Austria col sistema *NEM*.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 8 luglio. — H. HINSELMANN. Insufficienza capillare nelle gravi affezioni renali ipertensive della gravidanza. — F. von der HÜTTEN. Coagulabilità del sangue dopo irradiazione della milza e del fegato. — B. GRIESSMANN. Trattamento dell'ozena. — M. NASSAUER. La leucorrea e il suo trattamento.

La Riforma Medica, 9 luglio. — D. TADDEI. Pericistite e periprostatite ematogena. — G. POGGIO. Acidosi nelle nefropatie e nell'uremia. — A. FERRANNINI. L'angioipotonia costituzionale.

La Medicina Italiana, giugno. — G. MORUZZI. Dottrine immunitarie.

Journal de Médecine de Paris, 10 luglio. — A. LESAGE. Malattie ereditarie e acquisite nel lattante.

The Journal of the American Medical Association, 18 giugno. — H. CUSHING. I disordini della glandola pituitaria. — P. J. HANZLIK e altri. Cincofene, neocincofene e novaspirina nel reumatismo acuto. — R. GRAHAM e H. SCHWARZE. Differenziazione dei tipi A e B della tossina botulinica.

The Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 1 luglio. — P. W. BASSETT-SMITH. La febbre ondulante.

The Lancet, 9 luglio. — A. WHITFIELD. Sull'eziologia delle malattie cutanee.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXVIII — Roma, 22 Agosto 1921 — Fasc. 34

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Le nuove ricerche sull'amusia e sull'acalcolia di S. Henschen.

Rivista critica

del prof. G. MINGAZZINI.

Pochi argomenti hanno appassionato i neurologi dell'ultimo cinquantennio, quanto l'afasia. In verità le indagini cliniche e anatomopatologiche hanno dimostrato che il meccanismo del linguaggio, preso in senso lato, lungi dall'essere così semplice quale i primi ricercatori ritenevano, è invece formato da numerosi sistemi di fibre convergenti verso i così detti centri, e fra loro associati; in modo che lesioni circoscritte anche agli uni ne fanno spesso risentire le conseguenze sugli altri. Ora, due delle varie forme di afasia, l'amusia e l'acalcolia (disturbi del linguaggio musicale e del fare i calcoli), non sempre abbastanza studiate dagli scrittori, attendevano chi ne raccogliesse, con una efficace sintesi, tutto il materiale sparso nella letteratura. Questo non facile compito è stato assunto dall'infaticabile neuropatologo svedese, S. Henschen, cui il peso degli anni non ha affievolito l'ardore giovanile per la scienza.

In un libro edito di recente (*Klin. und anatomische Beiträge zur Pathol. des Gehirns, V Teil, Über Aphasie, Amusie und Akalkulie*, Stokholm, 1920) egli ha passato in rivista, con rara pazienza e con più raro acume critico, tutti i casi di amusia e di acalcolia seguìti da

reperti, allo scopo di indagare il meccanismo delle relative funzioni e possibilmente la sede (cerebrale). Non è certo colpa de lo scrittore se in mezzo a la numerosa schiera di autori, le monografie dei quali sono sottoposte ad una critica imparziale, gl'italiani — fatta eccezione del sottoscritto e dei suoi allievi — non figurino punto.

Cominciando dall'amusia, Henschen fa notare che qualsiasi forma di afemia anche delle forme più gravi, non è necessariamente connessa con l'amusia; infatti fra 169 afemici (verbali) esaminati dai varii osservatori non meno di 112 potevano cantare; ed almeno 19 su 109 pazienti affetti da afemia riuscivano, ciò malgrado, a cantare con parole. Il fatto che un grande numero di afemici conserva la capacità di emettere parole solo cantando, indica del pari che i meccanismi del linguaggio verbale e della musica presuppongono fondamenti anatomici, quanto mai diversi (centri e vie associative) senza che ciò possa tuttavia elevarsi a regola universale.

Per altro gli stretti rapporti funzionali fra canto e voce trovano la loro spiegazione nel fatto che i due foci corticali corrispondenti sono situati vicini l'un l'altro. Henschen esaminando tutta la letteratura in proposito, ha potuto discutere un po' meglio degli altri la *vexata quaestio* dei foci (così detti centri), la lesione dei quali dà luogo alle singole forme di amusia.

Il centro del canto (centro della vocalizzazione) sarebbe probabilmente situato nel margine inferiore della *pars triangularis* della F_3 sinistra. Quanto alla sordità musicale (amusia sensoriale) Henschen fa notare che il senso della musica risiede prevalentemente non nella parte media dei due primi giri temporali (come io avevo sostenuto) ma nel polo T (temporale), e più specialmente in quello sinistro. Distrutto il quale spesso, ma non sempre, la sua funzione è sostituita dalla corrispondente area di destra, mentre viceversa il polo temporale sinistro riprende sempre, se distrutto quello destro, la funzione momentaneamente perduta del senso musicale.

Henschen dichiara che mancano elementi per localizzare con esattezza la sede dei ricordi visivi delle note musicali in punti determinati della corteccia degli emisferi cerebrali; e che, ad ogni modo, se non esistono argomenti per localizzarla nel *g. angularis*, è verosimile che sia situata in vicinanza del *sulcus interparietalis*, fra il *Lobulus parietalis inferior* e il *g. angularis*.

Quanto all'*amusia instrumentalis* (*apraxia musicalis*), Henschen raccogliendo dalla letteratura 38 casi di sì fatta forma, ha constatato che 21 dei medesimi soffrivano di *amusia instrumentalis*, mentre 17, malgrado affetti da altre forme di amusia, non avevano perduto la capacità di suonare l'istrumento. Per lo scrittore svedese, l'*apraxia musicalis* non costituisce un unico disturbo di funzione, ma si divide in tre gruppi quanti sono gli istrumenti. Difatti gli istrumenti musicali o si suonano a due mani (piano, flauto, clarinetto) o prevalentemente con la sinistra (violino, violoncello) o sono da fiato. In quelle della prima categoria vengono utilizzate ambedue le mani e più specialmente la destra, nel cui movimento domina la *mémoire des doigts;* tant'è che il musicista il quale non ricorda la melodia, mette in movimento le dita e così spesso lo trova. Ora mentre il senso musicale, insieme a la memoria musicale, ha un gran valore nelle fini produzioni, non si può ripetere altrettanto per il pianista professionale della musica da ballo, il quale ogni sera suona lo stesso valtzer e la stessa musica; qui si può dire che venga messo in attività esclusivamente il senso cenestesico.

Nel suonare gli strumenti della 2ª categoria, quali ad es. il violino, sono le dita di sinistra che sono messe in azione, quantunque l'uso delle medesime sia piuttosto meccanico, e l'elemento psichico del suonare risieda principalmente ne la mano destra, che regge l'archetto.

Infine negli strumenti da fiato (3ª categoria) è necessaria una combinazione della fonazione (polmoni, diaphragma, ecc.) con il giuoco de le dita.

Ora la perdita della capacità di suonare l'uno o l'altro di questi stromenti produce una speciale forma di apraxia musicale. Non esistono tuttavia per Henschen speciali centri motori per suonare i singoli stromenti sia con le dita, sia con la bocca; egli però ammette che questi devono essere pure mossi con un determinato ordine, con un certo ritmo e con una certa moderazione di intensità e di forza: di qui il bisogno di centri più alti di coordinazione. E che per i diversi istromenti a mano essi sieno distinti l'uno dall'altro, emerge dal fatto che in alcuni casi, nei quali il paziente prima de l'aprassia istromentale suonava due istromenti (piano e violino), invece dopo essere insorta sì fatta sindrome non è riescito a suonare che solo uno di essi. Perciò nei singoli casi di aprassia musicale bisogna ammettere che sia stato leso uno speciale centro coordinatore del suonare l'istromento. A priori, l'ipotesi più plausibile è che per lo meno nei pianisti il centro coordinatore del movimento de le dita sia riposto ne la terza

frontale e che dalla medesima (in antitesi con l'ipotesi di Niessl v. Mayendorf) si irradii lo stimolo verso i centri motori delle mani (destra e sinistra) situati nella Ca, dai quali si sprigionano i movimenti appropriati.

A questo proposito sia lecito al Relatore di questa Rivista mettere in rilievo quanto egli ebbe a sostenere non ha guari nell'*Oesterr. Jahrb. f. Psychiatrie* del 1920; cioè che la quistione dei così detti foci dell'aprassia non può risolversi con una dottrina rigidamente circoscritta. Le immagini euprassiche richiedono un intervento tanto più esteso de la corticalità cerebrale quanto più difficile e più recente è il complesso degli atti da compiersi; viceversa, quanto più l'atto una volta poco usato diventa col tempo automatico, tanto più tende a sprigionarsi e a localizzarsi in vicinanza del *sensu motorium* (nella regione del *lobulus pariet. inferior*) nel senso del Liepmann. Alcune prassie istromentali, quali sanno eseguire soltanto i così detti «virtuosi» de la musica, come del resto l'esecuzione di opere d'arte dei grandi artisti, non possono mai essere affidate a l'attività di centri automatici (rolandici) i quali, come bene avverte Henschen, possono essere più che sufficienti per i suonatori di caffè-concerto.

Non meno importanti dei risultati ottenuti nello studio delle amusie si rivelano quelli che si riferiscono ai disturbi del calcolo. Prima di addentrarsi nello studio della patologia del calcolo,Henschen non dimentica le nozioni generali relative all'ontogenia di sì fatta funzione, paragonandola con quelle delle razze inferiori e con i disturbi constatati negli afasici. Nei bambini il concetto dei numeri, frutto della civilizzazione dei genitori, si svolge tardivamente; essi cominciano a contare da 1 a 10 ed è a questi numeri che è ridotto per lo più l'afasico motorio. Quando apprendono l'arte de calcolo, si fondano principalmente su le immagini visive, e solo in seguito si avvezzano a contare mentalmente, anche con l'aiuto di ricordi acustici. Ora siccome nei popoli inferiori è spesso riprodotta la psicologia infantile, non è a meravigliare se il senso del calcolo è poco diffuso in questi ultimi (ad es. gli uomini del tronco etnico Bakairi nel torrente delle Amazzoni non contano più in là di 6). Del pari questi popoli sembra non abbiano un concetto astratto dei numeri, poichè, avendo bisogno delle immagini ottiche, si servono delle dita per contare e non vanno oltre il 3 od il 5. E a questo proposito è importante notare come molti afasici dopo l'*ictus*, si riducono alla stessa capacità aritmetica che hanno alcune razze inferiori (la popolazione chiamata Pitta-Pitta nella Queensland), i cui abitanti nel contare tirano linee parallele, o mostrano le dita e le piegano, o ripetono la stessa parola (ad es. cinque volte per indicare 5).

Prendendo come base le stesse varietà che si osservano nelle singole forme di afasia delle parole Henschen distingue per le forme specializzate la sordità delle cifre (il suono delle cifre sembra qualcosa di strano); l'afemia delle cifre (incapacità di dire le cifre e di numerarle, o di metterle in serie); la cecità delle cifre (incapacità di interpretarne il significato); l'agrafia delle cifre e l'acalcolia pr. d., cioè, incapacità di eseguire combinazioni li cifre. Si constata anche una paracalcolia, analoga alla paracusia, in quei pazienti che, ad es., contano bene fino a dieci poi si sbagliano; come pure esiste un'acalcolia amnestica (l'esperienza giornaliera insegna quanto sia facile dimenticare il numero di una casa o del telefono, mentre sta chiara dinanzi alla memoria l'immagine e la topografia della propria casa).

Henschen sostiene che il contare ed il calcolare sono funzioni indipendenti dal linguaggio, e che loro presiedono centri corticali e connessioni midollari anatomici, divisi da quelli deputati al meccanismo del linguaggio. Infatti i disturbi di queste due funzioni assai raramente occorrono contemporaneamente ne lo stesso individuo, per quanto, come risulta da i reperti, i substrati anatomici della funzione del linguaggio e del calcolo risiedano l'uno vicino all'altro. Nessuna meraviglia quindi, data l'analogia tra le due funzioni che i disturbi dell'una rassomiglino assai da vicino a quelli dell'altra.

Dall'analisi dei sintomi si deduce che lesioni generali diffuse, specie dei vasi della corteccia o della sostanza midollare degli emisferi cerebrali possono anche dar luogo ad acalcolia; ciò del resto si ripete anche per le afasie volgari (afasie da atrofia dei giri cerebrali di Pick (Rel.)). A differenza di quanto ormai è stabilito per l'afasia, i tentativi per trovare dei punti o dei focolai, la lesione dei quali determini una o l'altra di dette forme sono falliti. I risultati de le analisi dei casi (e sono pochi) finora bene studiati anche anatomicamente, non permettono che dei corollari assai limitati. Da essi si ricava, secondo l'analisi di Henschen:

1° che lo scrivere le cifre non viene trasmesso a traverso il centro di Wernicke, e che l'agrafia delle cifre ha luogo in seguito a lesioni molto estese dell'emisfero sinistro. Incerta è dunque l'esistenza d'un centro della scrittura delle cifre, che eventualmente può trovarsi nel piede della seconda frontale;

2° che il centro della lettura delle cifre trovasi in direzione dorso-frontale rispetto al così detto centro della lettura delle parole, e probabilmente sul limite tra il lobo parietale pr. d. e l'*angularis*, in vicinanza cioè de la *ip* (*fiss. interparietalis*).

In genere lesioni estese de l'emisfero cerebrale sinistro producono quasi sempre cecità delle cifre e spesso acalcolia, di rado afemia delle cifre. Il fatto chè l'*alexia verborum* non si accompagna sempre ad *alexia* delle cifre è stato oggetto di numerose controversie. Vale anzi, a questo proposito, riferire le principali vedute degli scrittori circa la differenza fra il significato de le parole scritte e quello de le cifre. Secondo Schuster, ciò dipenderebbe dal fatto che l'associazione delle immagini di queste ultime con il centro delle immagini tonali è assai stretta; perciò il paziente sofferente di alessia verbale, può leggere bene le cifre: ma ciò, secondo Henschen, non è dimostrato. Altri, come Brandenburg, credono che se negli alexici delle parole rimane la capacità di leggere le cifre, ciò dipende dal fatto che le immagini visive dei numeri possono dare la rappresentazione della quantità da esse espressa, senza l'intermedio delle immagini uditive, ciò che invece non si verifica per le immagini visive delle parole, concetto quest'ultimo che Henschen ripudia perchè non è in armonia con l'anatomia patologica. Secondo Bruns le cifre, essendo immagini di interi concetti e perciò analoghe alle immagini di oggetti concreti, debbono comportarsi diversamente da le lettere. Tuttavia anche questa ipotesi non regge dappoichè non mancano casi (Liepmann, Müller) di malati affetti da cecità psichica consecutiva a rammollimento del lobo occipitale sinistro, e che pure leggevano e intendevano il senso de le cifre.

L'opinione di Oppenheim, cioè che le cifre vengano lette dall'emisfero cerebrale destro (quindi indipendente dal così detto centro verbo ottico sito a sinistra), non trova appoggio nei reperti necroscopici, dappoichè in tutti i casi di cecità delle cifre le lesioni sono state sempre riscontrate nell'emisfero sinistro. Tuttavia Henschen ammette la possibilità che in casi eccezionali le cifre siano lette anche con l'emisfero destro. Redlich crede che nella cecità delle parole i numeri vengono tuttavia letti perchè godono di *associazioni più forti*, ciò che non è in accordo con quanto sostiene Schuster, cioè che esse hanno molteplici associazioni. Secondo Hinshelwood, infine, la memoria visiva delle figure deve essere preservata in un'area della *cortex cerebri* differente da quella destinata alla memoria visiva delle parole e delle lettere: però fin'ora manca l'appoggio delle ricerche anatomiche.

Ad ogni modo, i dati anatomoclinici dimostrano che esiste una incongruenza fra i meccanismi de la parola e quelli de le cifre, sia nel parlare che nel leggere e nello scrivere; e che i disturbi consecutivi ad una data lesione cerebrale sono assai più spiccati in rapporto al linguaggio che in rapporto alle cifre (calcolo). D'altra parte l'acalcolia spesso è indipendente dalla sordità delle parole; come pure il meccanismo del leggere le parole è quanto mai diverso dalla lettura delle cifre. Il pensare con le une o con le altre, sono perciò due processi cerebrali diversi aventi dei substrati anatomicamente diversi. Certo è che il fattore ottico ha una gran parte nel calcolare, come si desume dal fatto che la cecità delle cifre diminuisce la capacità di calcolare, quantunque anche il fattore acustico non sia meno importante per sì fatta funzione.

Si capisce quindi che una localizzazione cerebrale circoscritta della funzione del calcolo non esiste, ma poichè il calcolo si basa su rappresentazioni ottiche ed acustiche, così esso si troverà disturbato quando i lobi parietali (rispettivamente il *g. angularis*), gli occipitali, e i temporali, sede di tali rappresentazioni, saranno lesi; ed infatti i reperti analizzati da Henschen permettono di affermare che lesioni combinate di tutti questi lobi, e non quelle circoscritte ad uno solo dei medesimi, nè anche al lobo occipitale, hanno una grande azione come produttrici dell'acalcolia; sebbene i reperti di pazienti affetti da questo disturbo mostrino l'enorme predominio del fattore ottico per il calcolare. La capacità di calcolare consistente nella risoluzione di problemi aritmetici semplici o complicati è insomma una funzione cerebrale assai complessa. Presupponendo un succedersi di elevati processi psichici, essa si svolge per mezzo della collaborazione di parti diversamente funzionali del cervello sinistro, il quale, per lo meno in sì fatta funzione, domina più del destro.

Tale il compendio di questo lavoro — vera e propria pietra miliare di uno dei capitoli, fra i difficili difficilissimo, dell'afasia. Da esso trarranno le mosse coloro che in avvenire vorranno schierarsi nel manipolo — ahimè quanto assottigliato — dei serii cultori de le discipline neuropatologiche.

Roma, agosto 1921.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sulla cura delle pleuriti essudative col pneumotorace artificiale

per il dott. EDMONDO COMINO.

Diceva il Forlanini che di fronte ad un pleuritico, oltre la guarigione, si deve aver di mira *la forma della guarigione.*

L'applicazione del pneumotorace artificiale nella cura delle pleuriti con versamento rappresenta un notevole passo dell'arte medica, non solo nella terapia, ma anche sulla strada della *restitutio ad integrum* dell'organo colpito. Davanti ad un versamento pleurico, tre sono difatti i problemi che si presentano al medico: due immediati, uno mediato:

1° evitare gli accidenti che possono accompagnare lo svuotamento (fenomeni di costrizione, edema polmonare, ecc);

2° impedire il rinnovarsi della raccolta;

3° ostacolare la successiva formazione di aderenze.

Che il primo gruppo di fenomeni (intimamente legato agli squilibri di pressione endotoracica, che susseguono alla toracentesi) abbia sempre assillato la mente del pratico, ne fanno fede, oltre i numerosi consigli dati dalle varie scuole per prevenirli, anche i vari tipi di aspiratori studiati per ovviarli. Era, ed è difatti, norma razionale di pratica il non spingere mai l'aspirazione fino all'estrazione totale del liquido. Ma se questa precauzione, sussidiata da una lenta tecnica dell'atto operativo, evita i fenomeni di costrizione e l'edema, nulla può in rapporto al rinnovarsi della raccolta ed alla formazione successiva di sinechie pleuriche. Ognuno di noi sa quale importanza abbiano i fenomeni fisici di pressione negativa e positiva nel ripetersi del versamento, *specialmente quando i fatti di flogosi pleurica non si siano ancora attenuati;* e sa d'altronde come non sempre, in questa affezione, l'indice di intervento sia dato dal periodo di stabilizzazione del processo, ma sia regolato anche da altre circostanze (fenomeni di compressione e di spostamento degli organi endotoracici). Evidentemente i 200-300 cmc. di liquido rimasti in cavità non possono impedire il rinnovarsi *ex vacuo* della raccolta. D'altra parte nessun dubbio che l'essudato, che molto spesso tarda a riassorbirsi, colla sua fibrina che precipita, costituisca la prima trama delle future aderenze.

Teoricamente parlando, la sostituzione di un gas inerte al liquido pleurico assolve ai tre problemi sopra enunciati, perchè, oltre ad evitare gli squilibri dello svuotamento, tende a creare artificialmente quelle condizioni di pressione che, verificandosi in modo naturale, nel periodo di *stato* della pleurite, impediscono l'ulteriore progredire del processo di essudazione. Collo stesso mezzo inerte poi si possono mantenere distanti i due foglietti pleurici finchè ogni fatto flogistico sia scomparso, scongiurando così il pericolo dell'aderenza.

Lunga è la serie dei tentativi terapeutici con l'introduzione di gas nella cavità pleurica, e la storia non è tutta recente. Col diffondersi dell'apparecchio Forlanini quasi come strumento di pratica, la cosa si è fatta più facile ed ha trovato larghe applicazioni.

Un recente studio storico-anatomo-patologico-clinico è comparso per opera del dottor Vincenzo Rustichelli sul fascicolo 10 del 1920 di *Tubercolosi.* Il dott. Rustichelli conclude che l'applicazione del pneumotorace artificiale nelle pleuriti essudative presenta tali vantaggi da far sì che questo metodo, pur che sia mantenuta una rigorosa asepsi dell'atto operativo, debba imporsi nella cura di tutte le pleuriti siero-fibrinose.

Io riferisco qui su alcuni casi curati con questo metodo; i risultati ottenuti collimano, in linea di massima, con quelli del dott. Rustichelli, così da farne condividere l'entusiasmo. Credo però utile riportare alcune osservazioni, essenzialmente di indole pratica.

Come si sa, l'applicazione di questa cura è possibile semplicemente a chi abbia a disposizione un apparecchio Potain ed un apparecchio Forlanini. Immediatamente allo svuotamento pleurico si fa seguire l'immissione di azoto, in quantità, che, a mio giudizio, per ragioni che verrò esponendo, *dovrebbe essere sempre inferiore, per volume, al liquido estratto.* Il tubo di gomma, che porta l'ago dell'apparecchio Forlanini, fu sempre direttamente innestato al raccordo metallico del tubo che nell'aspiratore Potain, immette nella cannula del trequarti; e questo, mi sembra, semplifica l'applicazione del metodo. Nei casi osservati non mai si ebbero a lamentare fenomeni di costrizione e di edema (pure spingendo fino al possibile l'estrazione del liquido) nè il versamento ebbe a ripetersi, nemmeno in caso di versamento ematico, che aveva già necessitato, a brevi intervalli, ben quattro toracentesi. Nè si potè ulteriormente constatare (a distanza di alcuni mesi dall'atto operativo) una diminuita espansione dei margini polmonari del lato affetto, che facesse pensare al sopravvenire di aderenze.

Qualche volta, dopo l'atto operativo, fu osservato un esacerbarsi notevole della temperatura, con brivido, seguito da un successivo

ritorno allo stato anteriore, in breve tempo, senza speciali conseguenze. In due casi con versamento piuttosto copioso, dopo l'introduzione di eguale quantità di azoto nel caso pleurico, furono osservati fenomeni spiccati di dispnea e di risentimento cardiaco. È dall'osservazione di questi due casi che io concludo ci si debba, in linea generale, nei versamenti abbondanti, sempre attenere all'introduzione di un volume di gas inferiore al volume del liquido aspirato.

Si trattava di due pleuriti con notevole ipertermia, in due soggetti piuttosto deperiti ed anemici, in cui l'atto operativo cagionò ancora l'elevazione termica sopra ricordata. Il volume del liquido pleurico ascendeva a 1250-1300 cmc. Poco dopo l'intervento comparve una dispnea rimarchevole, accompagnata da frequenza cardiaca accentuata, con spiccato senso soggettivo di ambascia come da soffocazione.

Notavasi uno spostamento del cuore e del mediastino più accentuato di quello cagionato anteriormente dal versamento.

Questi sintomi, a mio giudizio, debbono ascriversi a due ordini di fenomeni:

1° ad un aumento successivo di volume, verificatosi nell'azoto introdotto, per dilatazione da calore;

2° alla diversità di direzione in cui si esplicano la forza tensiva del liquido pleurico e quella del gas.

Io non starò qui a riportare delle cifre sul coefficiente di dilatazione dell'azoto, tanto più che per la diversità di cedevolezza che offrono a questa dilatazione i diversi mediastini e gabbie toraciche, più o meno ricchi di fibre muscolari e di resistenze, il fenomeno non può ridursi alle leggi di un esperimento fisico. L'espansione successiva dell'azoto è un fatto reale: il gas passa dalla temperatura esterna della camera, talvolta quasi della strada, alla temperatura di un febbricitante, a cui il trauma dell'atto operativo può crescere ancora il calore. Sono venti, venticinque gradi talora di slivello termico, di cui bisogna tener conto nel calcolare la pressione successiva all'atto operativo. Sono stati descritti a questo proposito, nella cura della tubercolosi polmonare col pneumotorace, degli accidenti da compressione che consisterebbero in accessi di oppressione consecutivi all'introduzione di quantità troppo grandi di azoto, e manifestantisi nelle ore successive, *massime alla sera* (Lyonnett e Piery). Alcuni autori raccomandano inoltre di tener conto sempre *dell'aumento di volume del gas per effetto della temperatura del corpo*, calcolando un aumento di 1:270 circa per ogni grado (Goggia).

D'altra parte diversa è la direzione in cui si esplicano la pressione del gas e del liquido. Il liquido segue la legge di gravità ed agisce anche in direzione del diaframma come rivelano i sintomi percussori (rinforzo ed aumento dell'ottusità nella regione del fegato, ipofonesi nello spazio semilunare del Traube. L'ottusità para-sternale e para-vertebrale sono sintomi successivi, conseguenza dell'accumulo di *grandi quantità* di liquido che spostano il mediastino verso il lato sano). Il gas invece si espande in tutte le direzioni, e la forza viva di questa espansione agisce solo nel senso della minore resistenza. Evidentemente questa non è rappresentata dai fasci tendineo-muscolari del diaframma, che anche in caso di notevole deperimento offrono sempre una certa solidità, ma è data principalmente dal mediastino. I toraci esili, pretubercolari dei pleuritici, con ipoplasia talora del sistema vascolare, non possono portare dei mediastini esuberanti di fibre elastiche e di tessuto adiposo. Inoltre « nell'uomo esistono due punti dove il mediastino è particolarmente cedevole: l'uno situato nella parte superiore del torace, dalla inserzione circa della prima costa, fino al margine inferiore della terza, dinanzi ai grossi vasi e costituito dai soli foglietti pleurici e di un tessuto cellulare lasso interposto; l'altro ubicato posteriormente, ed in basso, tra il cuore e la colonna vertebrale, dove, quando la pleura sia imbevuta di siero ed il pneumotorace sotto forte tensione, si può avere lo sfiancamento verso l'altro lato (Cavallero) ».

Verso questi due punti cedevoli, ed in genere verso il mediastino, si esplica dunque una pressione maggiore di quella esercitata dal liquido: essa è maggiore per una qualità positiva: l'aumento di tensione elastica del gas dilatatosi, nell'aumento di temperatura; e per una qualità negativa: la soppressione della forza di gravità, che scomponeva la pressione primitiva del liquido in due forze, di cui una agiva in altra direzione (verso il diaframma).

Ne consegue lo spostamento del cuore e del mediastino, con risentimento dell'ambiente espansorio dell'altro polmone, della funzione del cuore e dei grossi vasi, che sono appunto sul tragitto dei punti deboli del setto interpolmonare. Le variazioni di pressione che succedono, anche nel decorso del pneumotorace per tubercolosi, nell'ambiente dell'altro polmone, difficoltandone i movimenti (tradite probabilmente da certi respiri aspri dell'apice, dal comparire del triangolo para-vertebrale del Grocco) meriterebbero l'attenzione di

uno studio diretto manometrico. Esse esistono realmente e sono una diretta causa della dispnea, sopra ricordata, consecutiva all'immissione di soverchia quantità di azoto dopo la toracentesi.

Ad esse forse (facendo una digressione) potrebbe ricollegarsi il fenomeno, che si avvera in pratica, del migliorare di certe lesioni apicali trattando con il pneumotorace l'altro polmone: sarebbe sempre lo stesso principio dell'immobilità, tanto più spiegabile se si pensa come il migliorare delle lesioni in genere non sia sempre in rapporto con notevoli aumenti di pressione, ma sia spesso legato a lievi spostamenti manometrici. Nel riguardo dello spostamento cardiaco, mentre è noto come nel pneumotorace terapeutico, stabilito in modo graduale, si sopportino, ad esempio, delle vere *destrocardie* con facilità paradossale, è bene tener presente anche come i bruschi spostamenti non siano scevri di pericoli.

Il senso soggettivo constatato, nei due casi citati, di angoscia che ricordo *quasi anginosa*, si riannoda ad un notevole perturbamento da pressione, portato nella funzione del cuore e dei grossi vasi (forse dell'aorta in inspecie).

***

Concludendo, anche attenendoci a quantità di azoto inferiore per volume al liquido estratto, gli effetti terapeutici dell'applicazione del pneumotorace nella cura delle pleuriti essudative, sono egualmente preziosi e costanti; e quando si pensi all'assoluta innocuità del metodo, ed alla facilità pratica di poterlo applicare; e si consideri anche, d'altro lato, il pericolo che ne viene al polmone per il lungo collasso nell'essudato pleurico e la minaccia futura dell'aderenza nei rapporti della tubercolosi, viene di essere tratti ad accogliere questo metodo con favore. Tanto più, poi, deve essere così oggi, in questo meraviglioso risorgere di guerra antitubercolare, mentre su tutti i fronti della medicina e della profilassi, con tutte le risorse della scienza, la lotta contro il terribile male riprende con un fervore veramente da crociata.

Torre Mondovì, aprile 1921.

MEDICINA SOCIALE.

L'esame della gola, naso, orecchi nei bambini. Sua importanza per la scuola.

Nota del dott. PIETRO COSTA
consulente di oto-rino-laringoiatria
alla Guardia Medica di Firenze.

Non bisogna credere che un bambino non sia malato, perchè non si lagna di nulla. Sarebbe un cadere in grave errore. Uno scolaro mediocre può essere meno spesso un pigro volontario che un malato. Queste parole del dott. Boigey, medico capo della Scuola fisica di Ionville ci venivano in mente quando la Direzione delle Scuole del Ricovero Pia Casa di Lavoro (Montedomini) in Firenze faceva osservare al primario e a me, Medici dello Stabilimento, la forte percentuale dei bambini ripetenti.

Fo notare che i bambini, prima di essere ammessi nel Ricovero, vengono visitati per giudicarne lo stato generale di salute riguardo alla conformazione scheletrica, agli organi toracici, a quelli di circolo, agli addominali, e per rilevarne i comuni segni di scrofolosi, o quelli di Hutchinson, di Antonelli, di Tanturri... Vengono pure visitati dall'oculista e dal dermatologo per ciò che specialmente riguarda le malattie contagiose. Vengono poi pesati, misurati nell'altezza, saggiati nella forza col dinamometro, valutata la capacità polmonare collo spirometro. E tutti i dati vengono scritti e segnati nelle note caratteristiche individuali, in apposite cartelle, che seguono così la vita del bambino dal suo ingresso all'uscita dallo Stabilimento, perchè tali visite si rinnovano una volta l'anno per notare il miglioramento continuo, progressivo, proporzionale o meno, e in tal caso per provvedervi.

Ora mentre dall'esame di queste cartelle, si vede costante il miglioramento delle condizioni generali dei bambini (aumento progressivo della statura, del perimetro toracico, del peso, della forza, ecc.) dovuto alle buone regole igieniche e dietetiche seguite nello Stabilimento, dal rapporto della Direzione sul numero notevole dei ripetenti, deducemmo non procedere di pari passo il progresso intellettuale. E siccome una malattia latente si traduce spesso con un rilassamento generale di lavoro, con la diminuzione dell'attenzione e della memoria, con delle continue cattive pagelle scolastiche, pensammo con Boigey, che questi bambini ripetenti fossero più che degli svogliati, dei malati.

È nota infatti l'attività ancora misteriosa per molti lati, di certi organi come la glan-

dola tiroide, le capsule surrenali, la glandola pituitaria o ipofisi che agiscono sull'organismo con l'intermediario di certi prodotti di secrezione (ormoni) che essi elaborano e versano direttamente nel sangue. Ecco come alterata la tiroide nella sua costituzione, si ha facile sviluppo del gozzo che procede parallelamente col cretinismo per la mancata eccitazione e regolarizzazione della funzione cerebrale degli ormoni: come l'alterata ipofisi disturba la crescenza originando obesità, nanismo in alcuni casi, acromegalia, gigantismo in altri. Così pure per il cavo faringeo in cui, secondo Cheval, l'ipertrofia della tonsilla faringea (adenoidi) può essere punto di partenza della scrofola, mentre Pierre (de Berck) estende la localizzazione originaria a tutto il tessuto adenoideo del rino-faringe; e Gallois infine riferisce alle vegetazioni adenoidi e alle infezioni del *cavum* le scrofolosi mucose e cutanee, e l'adenite scrofolosa, e per contiguità le tonsilliti, riniti, otiti, blefariti, congiuntiviti, dacriocistiti.

È insomma un tutto unito per cui la vita non sarebbe possibile se le diverse funzioni, il cui insieme costituisce l'individuo, non fossero in rapporto le une con le altre. E perciò tenendo presente questi fatti, di fronte a bambini pigri, svogliati, privi di attività, ma che non presentano nessun segno esterno di malattia, sapendo che le anormalità dell'udito, delle cavità nasali, del rino-faringe sfuggono alla visita medica generale, e invece molto influiscono sull'attenzione che è base della memoria e fulcro sul quale si aggirano i nostri progressi intellettuali, colla gentile annuenza del Dirigente il Servizio Sanitario, dott. Gaspare Capei, mi occupai (come cultore delle discipline oto-rino-laringoiatriche) di esaminare i bambini ripetenti della Pia Casa di Lavoro.

Alla presenza dei Vigilanti e degli Infermieri praticai le visite alla stessa ora (un'ora dopo il pasto) in un salone di infermeria maschi e in quello per le bambine, vasti, rettangolari, silenziosi, della lunghezza di 15 metri l'uno, di 25 circa l'altro e larghi circa 5 metri. Per l'esame uditivo sapevamo la regola del Sindacato francese di oto-rino-laringoiatria che, preoccupato di semplificare la tecnica, decise che la visita non dovesse includere nessun atto operativo, nè la più semplice manovra esplorativa, a differenza di Magnan, otoiatra delle Scuole di Tours, che fa gli esami completi con tutte le risorse della tecnica, mentre nel Belgio l'esame è rigoroso e l'otoiatra compie gli atti operativi per proteggere l'udito del bambino. Noi, come il prof. Mancioli a Roma, tenemmo una via di mezzo: adoperammo il diapason, l'orologio, la voce afona per l'esame della funzione uditiva: applicammo lo *speculum* per vedere la membrana timpanica: sollevammo la punta del naso e applicammo il divaricatore o *speculum* di Kolewa per esaminare le cavità nasali, l'abbassalingua per la faringe e la gola, e in qualche caso praticammo l'esplorazione digitale per il cavo faringeo.

Ebbene, fra tutti i 59 bambini esaminati, trovammo tre bambini e due bambine deficienti d'intelligenza; in tutti gli altri riscontrammo o ipertrofia delle tonsille, o reliquati di otite pregressa, o catarri tubarici o nasofaringei che producono disfonia e sono così frequenti nei bambini linfatici e scrofolosi, e il cui andamento subdolo è spesso (dice il dott. Diviani) il punto di partenza delle future otiti, riniti, laringiti e tracheo-bronchiti nelle loro forme acute o croniche, secche o secretive, atrofiche o iperplastiche.

E tra i bambini trovammo 5 adenoidei tipici colla *facies* caratteristica (labbra cascanti, bocca aperta, palato ogivale, ecc.).

Riguardo alla *acutezza uditiva*, riscontrai che all'*esame funzionale dell'orecchio*, l'orologio tenuto sospeso per il suo anello con due dita, col quadrante volto verso l'orecchio e nella direzione dell'asse del condotto era percepito in alcuni a 40-50 ctm., in altri 50 ctm. da una parte, a un metro dall'altra. La *voce afona* secondo le norme di Gradenigo era sentita in alcuni a 4 metri, in altri a 6 metri con vocaboli contenenti fonémi di bassa tonalità (uno, fumo, uva, ruga); a 7-8 metri con i fonémi di tonalità acuta (sasso, sesso, gesso) secondo la scala ototipica di Ostino, o con quella di Nieddu-Gradenigo. Il *diapason* dimostrò chiaramente nei casi più gravi il Rinne negativo: fu più difficile, anzi impossibile in taluni la ricerca della lateralizzazione col diapason sul vertice.

L'esame collo *speculum* rese manifesta nei bambini più sordastri la retrazione della membrana timpanica, la sporgenza della piccola apofisi e il diminuito splendore del riflesso luminoso.

Quindi in quasi tutti riscontrai un certo grado di ipoacusia per fatti di incipiente otite media catarrale consecutiva a catarro rinofaringeo o tubarico, ed espressione di stati generali linfatici o scrofolosi.

Ora convinti, come da illustri otologhi è asserito, che la riduzione della percezione uditiva può essere magari trascurabile fuori della Scuola, e avere tuttavia nella Scuola una grande importanza, tenendo presente che Fraken-

berger nelle Scuole di Praga, Guyé di Amsterdam, Bresgen di Prussia, trovarono il maggior numero di ripetenti nei sordi o sordastri per impermeabilità nasale e per adenoidi, o per otiti, ricordando il benemerito apostolato sostenuto in Italia dal Cozzolino, Gradenigo, Della Vedova, Grazzi, De Cristoforis, Gatteschi, ritengo che sia assai importante nei bambini delle Scuole questa osservazione, per poter prendere a tempo quei provvedimenti igienici (assegnazione di posti vicini alla cattedra, frequenti chiamate alla lavagna, ecc.) e curativi che oltre al valore profilattico hanno anche quello morale, psichico e sociale.

E qui colgo l'occasione per dire che anche negli enuretici (e nei bambini della Pia Casa ce ne furono presentati diversi) l'esame del cavo faringeo ha la sua importanza facendoci rilevare spesso la presenza di vegetazioni adenoidi che, per un fatto reflesso (Chierici) influiscono su quell'incomodo. E Gradenigo, Gronbeck, Fischer, presentano statistiche in proposito. Gatteschi ebbe in Firenze resultati maravigliosi, nel suo esercizio professionale. Io stesso in diversi enuretici dello Stabilimento ho ottenuto col raschiamento del cavo faringeo, coadiuvato dalle cure tonico-ricostituenti indicate dal Primario, ottimi resultati.

Concludendo, questi sarebbero i provvedimenti da consigliarsi:

1° Reclamare dai genitori o da chi accompagna il bambino ammittendo tutte le notizie possibili circa la salute e le di lui precedenti malattie.

2° Richiedere agli Insegnanti le informazioni circa l'attenzione, il profitto, o la svogliatezza dell'alunno.

3° Incaricare il personale vigilante di sorvegliare il bambino sia di giorno che di notte per sorprenderlo se sente, se russa, se è agitato.

E non esito ad aggiungere che ad ottenere il nobile scopo, nella visita di ammissione al Ricovero fosse dato come per le malattie degli occhi e per le cutanee il conveniente posto anche a quelle per la gola, naso, orecchi, che, come ben dice il prof. Ferreri nella prefazione a quell'aureo manuale di oto-rino-laringoiatria del Bilancioni « non meno delle altre specialità hanno intimi, indissolubili legami con ogni ramo dello scibile medico, e il cui studio rappresenta una delle sorgenti più vaste a efficaci ed utili scoperte nel campo della Medicina pratica e scientifica ».

Termino questa mia nota che ho scritto sapendo di non dire cose nuove, ma perchè convinto che a nessun altro argomento meglio si addica l'antico adagio: *meminisse juvat.*

Firenze, maggio 1921.

SUNTI E RASSEGNE.

ULCERA GASTRICA E DUODENALE.

Ulcera gastrica e duodenale - Forme tipiche ed atipiche - Valori relativi dei procedimenti diagnostici.

(C. W. MCCLURE e L. REYNOLDS. *The Boston Medical and Surgical Journal*).

Gli autori cominciano coll'accennare come, mentre la sintomatologia delle forme tipiche dell'ulcera gastrica e duodenale è universalmente ben conosciuta, non altrettanto avvenga per le manifestazioni atipiche. Inoltre, essi dicono, i clinici non sono tutti d'accordo circa l'importanza che si deve dare ai reperti radiologici e di laboratorio come sussidio diagnostico. Mentre c'è da una parte la tendenza ad esagerare il valore delle ricerche di laboratorio, che fino a poco tempo fa furono l'unico accessorio nella diagnosi di ulcera, c'è da un'altra, quella di svalutare l'importanza dei dati radiologici. Allo scopo appunto di far giustamente apprezzare il significato di questi metodi diagnostici e far meglio comprendere il valore relativo che essi hanno, gli autori hanno fatto un'accurata analisi di 80 casi di ulcere gastriche e duodenali.

Cinquantacinque diagnosi furono confermate dall'operazione; negli altri casi, la diagnosi risultò praticamente certa e per i reperti radiologici e per la presenza di classiche ematemesi. Quarantasei di tali casi si manifestarono in uomini, trentaquattro in donne. Quanto all'età, il massimo di frequenza si ebbe fra i 40-50 anni. Nell'etiologia non figurano come causa predisponente di una certa importanza, nè speciali occupazioni, nè speciali abitudini (abuso di tè, caffè, alcool).

Riguardo alla durata dei sintomi, gli estremi furono dieci giorni e quaranta anni.

Gli autori dividono i casi osservati, a seconda della sintomatologia, in due gruppi:

a) tipi più comuni;

b) varietà atipiche più frequenti.

Le forme tipiche rappresentano la maggioranza dei casi studiati (54 su 80). In 28 di questi l'ulcera era situata nella prima porzione del duodeno, in 20 era nello stomaco e, a gran prevalenza, nella piccola curvatura a qualche distanza dal piloro. Nei rimanenti casi la sede anatomica della lesione non fu determinata.

Gli autori illustrano un caso di forma tipica dell'ulcera peptica nel quale la diagnosi di ulcera duodenale, fatta in base all'anamnesi e al reperto radiologico, venne poi confer-

mata dall'operazione. Nella storia clinica si rileva la presenza di attacchi dolorosi che comparivano ad intervalli di circa tre mesi e duravano un paio di settimane.

Il dolore non era molto vivo, localizzato all'epigastrio con irradiazioni alla regione dorsolombare: si manifestava da un'ora a un'ora e mezza dopo il pasto, durava circa due ore, si mitigava con l'uso di sostanze alcaline o con l'ingestione di nuovo cibo. Non si ebbe mai vomito, mai ematemesi, mai melena.

Il reperto radiologico metteva in evidenza una peristalsi vigorosa a onde profonde: un lieve difetto di riempimento della prima porzione del duodeno e un'irregolarità della piccola curvatura.

Tale reperto, secondo gli autori, depone senz'altro per un'ulcera duodenale.

I dati di laboratorio fornivano: non residui alimentari nello stomaco a digiuno; HCl libero 50.

Dopo la colazione di prova (Ewald) HCl libero 85 e acidità totale 100.

Esame con la benzidina per le emorragie latenti, negativo.

Riassumendo i sintomi osservati nei diversi casi, gli autori insistono sulla relazione di tempo esistente tra l'ingestione di cibo e l'inizio del dolore, sintomo che caratterizza le forme tipiche dell'ulcera peptica.

Il dolore può essere di varia intensità, ma in genere è piuttosto vivo: spesso assume il tipo di dolore notturno.

Il suo ricorrere con esacerbazioni e remissioni periodiche, il beneficio apportato dall'ingestione di bicarbonato sodico o di cibo, sono altri sintomi caratteristici per l'ulcera peptica. La diffusione al dorso è abbastanza frequente. La sede primitiva è per lo più l'epigastrio.

L'ematemesi fu osservata solo in undici casi, la melena in dieci. Altri disturbi dispeptici occorrenti con una certa frequenza furono il meteorismo, le eruttazioni, i rigurgiti, la nausea e il vomito: quest'ultimo però non fu mai sintomo rilevante.

Gli autori concludono che nelle forme tipiche di ulcera peptica, la storia clinica e i reperti radiologici permettono di formulare la diagnosi con certezza.

La classe delle forme atipiche dell'ulcera peptica comprende 26 degli 80 casi studiati: essa è divisa dagli autori in sei tipi.

a) Forma dell'ulcera peptica che simula una colelitiasi.

Gli autori illustrano un caso di questo tipo nel quale la diagnosi preoperatoria fu di colecistite cronica, mentre l'operazione dimostrò poi trattarsi di ulcera gastrica. L'errore fu in parte dovuto al tipo del dolore, in parte ai reperti forniti dalla radioscopia. Gli attacchi dolorosi persistevano da circa 15 anni: il dolore, ad inizio brusco, talvolta notturno, si iniziava nella regione della cistifellea, si irradiava intorno al margine costale destro, al dorso e alla scapola destra. Il punto di massima intensità era localizzato sulla linea ascellare destra, sul margine costale. Il dolore non mostrava relazione coi pasti. Durante gli attacchi, che duravano per un paio di settimane e comparivano ad intervalli di 1-2 anni, l'infermo aveva frequenti eruttazioni e nausea: mai vomito, mai melena, mai ittero.

L'esame radioscopico metteva in evidenza i seguenti fatti: Stomaco leggermente sinistroposto. Peristalsi piuttosto fiacca. Assenza di punti dolorosi nell'aia gastrica. Stomaco liberamente mobile, senza difetti di riempimento. Contorni regolari; esisteva però un manifesto rigonfiamento prepilorico. Il duodeno si vedeva trascinato verso la regione della cistifellea, in posizione obliqua, indolente alla palpazione. Ileo sottile, liberamente mobile, mostrante un piccolo residuo di bario dopo sei ore. L'estremo superiore della colonna di bario era nel cieco al termine di sei ore, l'estremo inferiore nel sigma, dopo 24 h. Cieco normale.

Interpretazione. — Il rigonfiamento prepilorico e la non ben definita evidenza dello sfintere stesso, insieme con l'anormale posizione del duodeno, sono piuttosto il reperto di un processo extra che intragastrico: cioè a dire, tumore o aderenze.

I dati di laboratorio erano i seguenti: il contenuto dello stomaco a digiuno presentava il 15 % di HCl libero e un'acidità totale di 38. Esame con la benzidina negativo. Dopo la colazione di prova HCl libero era 58 e l'acidità totale 70 %. Esame delle feci per emorragie latenti, negativo. Reazione di Wassermann, negativa.

L'infermo fu operato con la supposizione diagnostica di un'affezione della cistifellea. Ma, aperta la cistifellea, nulla vi si riscontrò di patologico. La prima porzione del duodeno era aderente alla cistifellea mediante una spessa briglia, vascolarizzata, congenita, di tessuto connettivo. Questa briglia nasceva dai $^2/_3$ prossimali della cistifellea, incrociava il duodeno e andava ad inserirsi sul mesocolon trasverso. Una vecchia ulcera fu trovata sulla superficie inferiore dello sfintere pilorico; essa circondava tutto l'anello pilorico.

Gli autori osservano che, in questo caso, la presenza della briglia connettivale rese così oscura la radiografia, che l'ulcera non potè essere scoperta, mentre in altri casi di ulcere di questo tipo la diagnosi si potè fare in base agli esami radiografici che misero in evidenza

la deformazione del piloro o del duodeno, caratteristica dell'ulcera peptica.

b) Forma di ulcera peptica rassomigliante a un processo maligno.

Gli autori hanno osservato tre casi nei quali il quadro clinico faceva pensare senz'altro ad un processo maligno impiantatosi sopra una vecchia ulcera peptica. Questi casi furono tutti risultati. Stomaco a digiuno contenente resioperati; una porzione dell'ulcera venne escissa ed esaminata microscopicamente: l'esame microscopico non fornì prove di metamorfosi maligne.

Nel caso illustrato si trattava di un vecchio di 78 anni, che lamentava disturbi gastrici consistenti in anoressia, eruttazione, sensazione di peso all'epigastrio insorgente 3-4 ore dopo i pasti, sintomi che duravano, con alternative di remissioni ed esacerbazioni, da sei anni. Il fastidio epigastrico era temporaneamente attenuato dall'ingestione di soda o di nuovo cibo. Mai vomito, mai melena. Negli ultimi 8 mesi, la pena epigastrica, le flatulenze, le eruttazioni erano state continue. Mai vomito. L'infermo in 3 mesi era diminuito in peso di 35 libbre.

Es. obbiettivo. — Nulla all'infuori dell'evidente deperimento.

Es. radioscopico. — Stomaco dilatato, atonico. Peristalsi in un primo esame praticamente assente, in un secondo esame vigorosa, a tipo ostruttivo.

Costante difetto di riempimento nella regione dell'antro, i cui contorni apparivano irregolari.

Sfintere non visibile. Dopo 6 ore il pasto di bario era ancora tutto nello stomaco che, anche dopo 24 ore, era disegnato dal bario.

Interpretazione. — Il reperto deponeva per un carcinoma involgente lo sfintere e determinante la stenosi.

Gli esami di laboratorio davano i seguenti risultati. Stomaco a digiuno contenente residui di cibi ingeriti 14 ore prima. HCl libero 10 e acidità totale 43 %. Dopo il pasto d'Ewald il contenuto gastrico mostrava 40 di HCl libero e 60 % di acidità totale. Es. della benzidina per emorragie latenti negativo. Emoglobina 80. Leucociti 8000 per mmc. Reaz. di Wassermann negativa.

All'operazione il piloro fu trovato ostruito da una scarsa massa di tessuto dovuto ad una vecchia ulcera: l'esame microscopico di un pezzo escisso mostrò che non si trattava di un cancro. Negli altri due casi di questo gruppo mancava la stenosi pilorica, l'ulcera era nella piccola curvatura, distante dal piloro. Gli infermi presentavano una spiccata anemia secondaria e un deperimento notevole. Il reperto radiologico anche in questi due casi fece pensare ad un'affezione maligna.

È degno di nota il fatto che nel contenuto gastrico, estratto dopo la colazione di prova, fu sempre trovato HCl libero.

c) Ulcera peptica con dolore epigastrico costante.

Gli autori hanno osservato quattro casi di ulcera gastrica, con diagnosi confermata dall'operazione, in cui i pazienti lamentavano un dolore costante all'epigastrio.

Il dolore in un caso non era influenzato dall'ingestione di cibo, nei due altri ne veniva aggravato.

Il reperto radiologico fece per sè stesso la diagnosi in un caso, ossia mostrò un'incisura e una nicchia costantemente presenti in 2 esami fatti alla distanza di parecchie settimane. Negli altri due casi il reperto radiologico fu molto significativo, ma non del tutto caratteristico.

Gli autori illustrarono un caso nel quale si trattava di una giovane di 21 anno che da qualche anno soffriva di un dolore lancinante localizzato nella regione xifoidea, indipendente dall'ingestione di cibo, non attenuato dal vomito, talora a tipo notturno. L'inferma ebbe delle ematemesi. Migliorò in seguito alla cura medica e per sette mesi fu libera dal dolore. Poi si sviluppò un dolore costante all'epigastrio, di intensità variabile con irradiazioni lungo il bordo costale destro. Il dolore seguiva immediatamente i pasti.

Es. obbiettivo negativo.

Es. radiologico. — Stomaco normale per posizione, mobile liberamente, con iperperistalsi. Sulla piccola curvatura, nella regione dell'antro e dello sfintere, si notava una piccola area sopra la quale le onde peristaltiche non passavano, mentre esse erano ben visibili lungo la grande curvatura. Null'altro di notevole.

Un secondo esame, dopo una settimana, diede il medesimo reperto.

Interpretazione. — Probabile ulcera involgente lo sfintere e l'antro.

Esami di laboratorio. — Lo stomaco a digiuno non mostrava segni di stasi. Non HCl libero, acidità totale 16. Ricerca delle emorragie latenti con la prova della benzidina, fortemente positiva. Dopo la colazione di Ewald HCl libero = 20, acidità totale = 50 %. Le feci non contenevano sangue. Reazione di Wassermann negativa.

All'operazione si rinvenne una piccola ulcera che involgeva la parte prossimale dello sfintere pilorico.

d) Tipo di ulcera gastrica con vomito quale sintomo rimarchevole.

In quattro dei casi osservati dagli autori, il vomito fu sintomo rilevante. Col vomito si accompagnava anche dolore più o meno vivo, più o meno nettamente in relazione coi pasti.

Gli autori illustrano un caso nel quale la diagnosi fu quella di ulcera duodenale cronica. Si trattava di un uomo di 60 anni che per quaranta anni aveva sofferto di attacchi periodici di vomito i quali si presentavano più volte in un anno e duravano per settimane.

Durante il lungo periodo di malattia c'erano state diverse remissioni in seguito a cura medica; negli ultimi giorni prima dell'ingresso in ospedale il vomito era stato ostinato, costituito a prevalenza da sostanza biliare, senza un netto dolore epigastrico. Mai ematemesi.

All'es. obbiettivo dell'addome si notava, a destra dell'ombelico, una tumefazione a forma di salsicciotto, ben palpabile, dura, mobile. Due giorni dopo, cessato il vomito, detta tumefazione scomparve.

All'es. radioscopico si notava: Stomaco normale per posizione e tono, a contorni regolari. Antro e sfintere pilorico normali. Peristalsi attiva, talvolta vigorosa. Dopo sei ore, tuttavia, c'era ancora un piccolo residuo di bario. Prima porzione del duodeno in posizione obliqua; contorno costantemente irregolare.

Interpretazione. — Reperto di ulcera della prima porzione del duodeno.

Es. di laboratorio. — Non residui alimentari antichi nel vomito. HCl libero, presente. Es. per le emorragie latenti nel vomito e nelle feci, negativo. Reaz. di Wassermann, negativa.

Gli autori passano quindi a discutere il valore che i reperti di laboratorio e quelli radiologici hanno rispetto alla diagnosi di ulcera peptica.

Un'acidità totale relativamente alta sembra sia reperto comune nell'ulcera gastrica. Tuttavia un'alta acidità è spesso trovata in neurosi gastriche ed in altre malattie. Anzi, secondo Lockwood, l'87 % delle ipercloridrie è dovuto a cause diverse dall'ulcera. Per tali ragioni il valore di tale sintomo, come sussidio diagnostico, è problematico.

La presenza di HCl libero è di una certa importanza perchè esso non si rinviene che raramente nelle metamorfosi maligne.

I residui alimentari antichi estratti con la sonda dallo stomaco a digiuno depongono per la diagnosi di stenosi pilorica, specialmente quando si rinvengano costantemente in ripetuti esami.

Ciò non di meno possono rinvenirsi anche senza una stenosi organica: per es.: nel pilorospasmo e nell'atonia. Quanto alle emorragie latenti nel contenuto gastrico, se il reperto è positivo in esami ripetuti, si può desumerne che l'origine dell'emorragia è intragastrica o duodenale. Se invece il sangue è presente solo in qualche esame, è difficile escludere che esso non sia dovuto piuttosto al trauma prodotto dalla sonda nello stomaco.

Concludendo, il reperto di emorragie latenti nel contenuto gastrico ha, per lo più, scarso valore diagnostico.

Il reperto costante di sangue nelle feci è stato piuttosto raro nei casi esaminati (in 15 su 80).

Quando, escluse tutte le cause di errore (emorroidi, ragadi, ecc.) riguardo alla provenienza del sangue, l'esame, praticato su feci ottenute dopo una dieta priva di carne, riesce positivo, esso indica senza dubbio che esiste un processo morboso attivo in qualche parte del tubo gastro-enterico, ma non ci dice quale sia la parte malata, nè ci permette la diagnosi differenziale fra ulcera e cancro.

Riguardo agli esami radiologici, gli autori affermano che l'ulcera gastrica o duodenale può, nella gran maggioranza dei casi, essere dimostrata alla radiografia, purchè questa sia fatta con grande accuratezza. Secondo Mayo il reperto è evidente nel 95 % dei casi.

Tuttavia non escludono che ci sono casi di ulcera peptica nei quali l'esame radiologico riesce negativo con qualsiasi metodo.

Per l'ulcera duodenale il metodo delle radiografie in serie riesce più dimostrativo degli altri.

Inoltre con gli studi radiologici può dimostrarsi nettamente se esista una stenosi spastica od organica del piloro: anche la diagnosi differenziale fra ulcera e cancro può farsi in base alla radiologia.

Risulta quindi evidente che il valore dei raggi X, come sussidio diagnostico, è molto più grande, nella maggioranza dei casi, di quello dei soliti esami di laboratorio. Non si deve però da ciò inferire che i raggi X siano per sè stessi diagnostici. Alcune volte certe irregolarità nel contorno dello stomaco e del duodeno, rassomiglianti a quelle dovute ad un'ulcera, possono essere determinate da cause diverse. E, ad illustrazione di simile eventualità, gli autori riportano un caso in cui, in base alla sintomatologia e sopra a tutto in base al reperto radiografico, fu fatto diagnosi di ulcera duodenale, mentre all'atto operativo si vide trattarsi di aderenze perigastriche.

Concludendo gli autori dicono che i reperti forniti dai raggi X debbono essere interpre-

tati in relazione a tutti gli altri sintomi. La radiologia è senza dubbio di grandissimo aiuto diagnostico specialmente per le forme tipiche di ulcera peptica che possono essere diagnosticate con certezza. Anche delle forme atipiche spesso la diagnosi non è possibile senza il sussidio della radiologia; inoltre le indagini radioscopiche permettono la diagnosi differenziale fra stenosi pilorica-organica e funzionale e fra ulcera e cancro.

L'importanza degli esami radiologici nella diagnosi di ulcera peptica è solamente secondaria, concludono gli autori, a quella dell'anamnesi.

SCELBA.

Sulla localizzazione e sull'eziologia dell'ulcera gastrica.

(H. BAUER. *Deut. Mediz. Wochenschr.*, n. 41, ottobre 1920).

Numerosi e vari sono i fattori che sono stati invocati per spiegare l'insorgenza dell'ulcera gastrica; ora processi trombotici ed embolici, ora l'ateromasia di vasi, ora un catarro della mucosa gastrica, o una iperacidità del succo gastrico, o le irritazioni meccaniche determinate dal corsetto, o il reflusso del succo pancreatico, o l'azione di germi patogeni, o agenti chimici, tossici e termici, spasmi dei vasi e della muscolatura, o malattie di altri organi o condizioni morbose particolari di tutto l'organismo quali la clorosi, e disturbi del sistema nervoso. Ma a tutti questi fattori corrispondono varie teorie che non possono, per altro, in tutti i casi dare completamente ragione della formazione dell'ulcera gastrica. Un elemento costante è la particolare localizzazione dell'ulcera nel tratto corrispondente alla piccola curvatura. Lo studio delle speciali condizioni anatomiche e funzionali di tale parte dello stomaco fornisce dati che servono a chiarire tale prevalente localizzazione. Infatti nella piccola curvatura si trovano delle ripiegature della mucosa che decorrono longitudinalmente e parallelamente formando una specie di solco o di via nella quale scorrono gli alimenti nel loro passaggio attraverso lo stomaco. Inoltre in tale tratto la disposizione dei fasci fibrosi delle tre tonache muscolari rende la mucosa quasi affatto spostabile, all'opposto di quanto si verifica nelle altre parti dello stomaco ove la mucosa è facilmente scorrevole e spostabile sugli strati sottostanti. Onde il tratto corrispondente al solco gastrico risente continuamente l'azione irritante degli alimenti e del succo gastrico. Punto di partenza dell'ulcera gastrica è necessariamente una prima soluzione di continuo della mucosa, e quando tale primitiva lesione si verifica nel solco gastrico, può facilmente mancare la sua rapida cicatrizzazione come avviene invece nelle altre parti dello stomaco per l'altissimo potere di riparazione che si sa possedere la mucosa dello stomaco. E tale mancanza di cicatrizzazione avviene specialmente per la scarsa spostabilità della mucosa, che non può con la contrazione della *muscolaris mucosae* ricoprire la lesione iniziale.

Pertanto su questa prima erosione situata nel solco gastrico esplicano la loro azione irritante e il succo gastrico e tutti gli altri stimoli chimici, termici e meccanici legati al passaggio degli alimenti. Quando si abbia a che fare con ulceri multiple si nota che esse sono situate nel solco gastrico o nelle immediate vicinanze. Tutt'altro che frequenti sono i reperti di ulceri situate in altri punti dello stomaco e spesso tale non abituale localizzazione è legata alla esistenza di particolari condizioni anatomiche (aderenze o processi cicatriziali) che hanno determinato modificazioni patologiche nella conformazione di tali parti dello stomaco, ripetendo quelle condizioni speciali che si riscontrano normalmente nel solco gastrico. Oltre che nel solco gastrico frequente è il reperto dell'ulcera al piloro o nelle vicinanze e in corrispondenza dell'istmo dello stomaco.

Alla teoria meccanica di Aschoff si può quindi sostituire una teoria anatomo-funzionale.

È certo che nella genesi dell'ulcera gastrica ha sempre capitale importanza la presenza di una prima lesione della mucosa sulla formazione della quale influiscono notevolmente i traumi o le emorragie da congestione per stasi della porta o per vomito, o piccoli infarti della mucosa o emorragie legate a condizioni morbose generali come l'uremia, l'anemia, gli stati settici.

L'ulcera gastrica è quindi legata ad un complesso di tre cause: 1° l'esistenza di una lesione della mucosa; 2° la sede della lesione nel solco gastrico; 3° l'azione di fattori anatomici e funzionali.

Se queste sono le tre cause principali e più importanti, ad esse si aggiungono altre condizioni generali (clorosi, astenia, disturbi del sistema nervoso) e locali (iperacidità del succo gastrico) che possono favorire la formazione e lo sviluppo dell'ulcera gastrica anzitutto accentuando quelle particolari condizioni inerenti allo stato anatomico e funzionale di quella parte dello stomaco ove si è stabilita la prima iniziale lesione. Non una sola causa può essere invocata per chiarire la genesi dell'ul-

cera gastrica, ma un complesso di numerose condizioni delle quali alcune appaiono come obbligate, altre invece facoltative.

TRENTI.

Sintomi dell'ulcera della piccola curvatura.

(A. MONPROFIT e R. THAUVENIN. *Revue de Médecine*, n. 11, 1921).

È ormai noto, dai molteplici interventi chirurgici, che l'ulcera della piccola curvatura è la più frequente delle ulcere del corpo dello stomaco.

Essa ha un inizio subdolo e può rimanere latente per più settimane, manifestandosi solo con dei disturbi dispeptici, che facilmente vengono diagnosticati per semplice iperclorìdria.

Un carattere però può farcela sospettare, mancando naturalmente i così detti «disturbi degli orifizi» netti e tenaci delle ulceri iuxtapiloriche, cardiache, ecc. l'intermittenza, con cui questi disturbi si producono.

Essa infatti procede nel suo decorso a «poussées» separate da periodi di calma più o meno lunghi; carattere che conserva per tutta la sua durata. Sicchè già, questi due sintomi, che direi negativi, di frequenza e di periodicità possono in un primo tempo indirizzarci sulla diagnosi.

Ben presto però si presenta qualcuno degli elementi clinici dell'ulcera con dei caratteri propri che bastano a rivelarci tale localizzazione.

Il dolore anche qui è, come nelle altre, epigastrico, ma ha di particolare che è sempre mediano, alto, retroxifoideo; che si irradia da questo punto massimo, non nel dorso, ma lungo il bordo costale sinistro e qualche volta in alto, dietro lo sterno, accompagnato da angoscia toracica, tanto da simulare una angina pectoris; che si presenta a periodi, iniziantesi lentamente una mezz'ora dopo il pasto e, raggiunto il suo massimo ch'è di intensità estrema, va gradatamente scomparendo a misura che lo stomaco si svuota.

In genere il malato non lo lascia sviluppare, conoscendo, per propria esperienza, ciò che riesce a calmarlo; come l'ingestione di alcalini, alcune posizioni variabili da soggetto a soggetto, ma costanti per ciascuno, il riposo a letto e su tutto il vomito.

Questo poi è alimentare, poco abbondante, acido, Sopravviene precocemente nelle crisi dolorose, non preceduto da nausee, ma da una esacerbazione dolorosa, e seguito da una calma completa.

L'emorragia è frequente ed è caratterizzata dal fatto che non si presenta nel corso o dopo le crisi dolorose, n'è preceduta da vomiti, ma come una ematemesi isolata, prima manifestazione dell'ulcera latente, detta dagli AA. «ematemesi segnale». È passeggiera e si rinnova dopo periodi di latenza, in quantità più o meno discreta e riconoscibile all'esame microscopico e chimico. Può anche presentarsi come melena occulto, intermittente e discontinuo, riconoscibile con le prove di Weber e di Meyer. E oltre a questi tre elementi principali si può accessoriamente osservare: Scialonea in rapporto alla digestione; aerofagie; rigurgito; disfagie; disturbi pneumogastrici; bradicardia; ipotensione arteriosa ed esagerazione dei riflessi oculo-cardiaci.

A lungo andare tale sindrome, per il progredire dell'ulcera e per la perigastrite consecutiva, subisce non poche modificazioni.

Le crisi dolorose sono meno nettamente limitate al periodo digestivo, il dolore è meno localizzabile; più diffuso e irradiantesi più largamente fino al dorso, al punto di Boas e di Seid e non più completamente attenuantesi. Il vomito, non più legato al momento digestivo, ha carattere mucoso, filante, ed è preceduto da nausee.

Pur tuttavia vi sono elementi clinici, chimici e radioscopici che possono indirizzarci sulla diagnosi.

Clinicamente nella zona di iperestesia ipogastrica v'è sempre un punto più dolente, che va cercato come quello di Mac Burney, che diventa meno dolente quando s'invita l'ammalato a fare delle profonde inspirazioni, per lo spostarsi dello stomaco in basso e che ritorna ad accentuarsi, col ritorno di questo in sito nell'espirazione.

Chimicamente con l'esame del succo gastrico trovasi iperclorìdria.

Radiologicamente poi trovasi sulla piccola curvatura una tasca opaca (segno di Heumieter) e di fronte ad essa un avvallamento per il crampo mesagastrico, che si produce nei periodi di crisi e ch'è sempre costante nel sito per ogni esame.

Allorchè l'ulcera poi si è fatta strada nei tessuti vicini inglobati dalla perigastrite, si ha sulla piccola curvatura un diverticolo, una nicchia (segno di Haudeck) più o meno peduncolata, che si approfonda nel pancreas, nel fegato, o nell'omento ispessito.

Ma questi sono segni e dati troppo tardivi per far la diagnosi, onde bisogna vagliare e servirsi di quelli che costituiscono, come abbiamo visto, la sindrome del primo periodo.

FAUSTO AMANTEA.

Sul trattamento operativo dell'ulcera peptica.

(JOHN B. DEAVER. *Annals of Surgery*, novembre 1919).

Non esistono regole rigide in chirurgia addominale: ogni caso deve esser trattato secondo le direttive che promettono i migliori risultati. Ma per essere un po' più espliciti diremo che *caeteris paribus* l'escissione dell'ulcera o la resezione seguita da gastroenterostomia è il procedimento di scelta: affermazione che va intesa con grande discernimento.

Che l'escissione dell'ulcera sia considerata da altri AA. la cosa più desiderabile, è dimostrato dal lavoro di Balfour della clinica Mayo, dove il cauterio nel trattamento delle ulceri peptiche è stato provato di particolare valore. La bontà del metodo dipenderebbe non solo dal calore, ma principalmente dalla perforazione completa che si ottiene con la cauterizzazione e che è considerata essenziale per il successo, in quanto l'esperienza clinica ha dimostrato che la perforazione spontanea dell'ulcera gastrica guarisce, se completa, l'ulcera e anche il paziente.

L'A. non può associarsi a quest'ultima opinione di Balfour: egli ha visto in due casi recidivare la perforazione.

Molti sostengono che la gastroenterostomia da sola è capace di guarire, e così è per un certo tempo.

Ma l'ulcera, se lasciata *in situ*, può o non può guarire: la seconda eventualità indica che per assicurare un risultato positivo l'ulcera deve essere rimossa.

Che cosa si ottiene con la gastroenterostomia senza resezione dell'ulcera? Si porta un attacco indiretto all'ulcera diminuendone l'acidità della secrezione gastrica con la neutralizzazione per mezzo dei succhi alcalini dell'intestino e del pancreas, riducendo così i vari sintomi dolorosi, specialmente il pilorospasmo. Con uno stoma abbastanza largo e ben situato si ovvia anche al ristagno del contenuto gastrico, eliminando l'azione irritante del cibo e delle secrezioni digestive (da notare che per questo scopo sono necessarie due condizioni). Cannon e Blake, in base a ricerche radioscopiche, hanno sostenuto che la nuova apertura, in prosieguo di tempo, si chiude se il piloro rimane pervio; e ancora che cibo e liquidi circolano attraverso il piloro e il duodeno e, indietro, attraverso l'anastomosi senza determinare un circolo vizioso. Ma l'A. ha constatato che una gastroenterostomia ben fatta e ben situata con un piloro pervio non si chiude. A stomaco vuoto il piloro è la parte più bassa dell'organo e la pressione intragastrica è qui 3-4 volte maggiore che al cardias: l'apertura artificiale deve quindi farsi più grande e più vicino al piloro che è possibile. Hartmann dimostra sperimentalmente che la progressione fisiologica con un piloro permeabile dipende dalla posizione dello stoma: se questo è vicino al piloro, la maggior parte del chimo passa per la nuova apertura; se a una certa distanza dal piloro, quasi tutto il chimo passa per questo. Abbiamo dunque da tener presenti questi due importanti punti praticando una gastroenterostomia senza escissione.

Che cosa si ottiene dalla resezione più gastroenterostomia? L'A. crede che nessuno, a meno che si tratti di ulceri piccolissime, eseguirà la semplice escissione, salvo che non preferisca fare due operazioni invece di una.

L'operazione radicale presenta gli stessi vantaggi di quella meno completa, con l'aggiunta di un attaccco diretto all'ulcera; nello stesso tempo riduce se non sopprime le probabilità di degenerazione carcinomatosa, di perforazione e di emorragia.

La perforazione dell'ulcera peptica non è così rara da esser trascurabile nel trattamento delle ulceri croniche. Nell'anno 1918 l'A. la vide in circa il 5.2 % dei suoi casi. Chiunque abbia una certa esperienza ha avuto la spiacevole occasione di osservare una perforazione in pazienti che venivano trattati con cure mediche: le quali trovano la loro indicazione non prima, ma dopo l'intervento, perchè, con la rimozione dell'ulcera o con la sua esclusione la mucosa ha maggiori probabilità di rispondere al trattamento e di guarire completamente.

La degenerazione cancerosa dell'ulcera gastrica, nonostante le statistiche divergenti, costituisce una decisa minaccia e non può essere trascurata.

L'operazione radicale può presentare una mortalità maggiore in alcune mani, perchè forse non v'è altro campo in cui l'equazione personale dell'operatore ha maggior valore. Essa presenta difficoltà grandi che l'esperienza può in certo grado superare e che l'intervento precoce può effettivamente ridurre. È invero notevole come la resezione di grandi porzioni dello stomaco è ben sopportata da soggetti denutriti e quanto soddisfacenti ne siano i risultati finali.

Vi sono senza dubbio delle circostanze in cui è consigliabile omettere l'anastomosi gastro-intestinale: per esempio, in ulceri distanti dal piloro con pochissimo indurimento essudativo, in cui basta la semplice escissione; ovvero nelle ulceri della piccola curvatura, in cui può essere sufficiente una resezione circo-

lare (l'A. ha dovuto due volte praticare in tali casi una gastroenterostomia in secondo tempo).

Per la perforazione di un'ulcera duodenale, l'A. consiglia, dopo la chiusura, di duplicare il duodeno e rinforzare questo punto coprendolo con l'omento gastro-colico e gastro-epatico, completando l'operazione con una gastroenterostomia posteriore.

In aggiunta, egli ha negli ultimi anni praticato di regola anche la rimozione dell'appendice e, se necessario, della cistifellea, nella stessa operazione: in 18 ulceri perforanti eseguì l'appendicectomia in 14 ed in 2 anche la colecistectomia.

Complessivamente, fino al 1° gennaio 1919. egli ha operato 56 perforazioni con 2 morti, delle quali una 22 anni fa. In tutte, meno che in 2, praticò la chiusura della perforazione seguita da gastroenterostomia.

SEBASTIANI.

Esclusione del nervo simpatico e del nervo vago, secondo Stierlin, nell'ulcera gastrica.

(STEINTHAL. *Zentralblatt f. Chirurg.*, n. 42, 1920).

Stierlin interpreta i migliori risultati avuti nei casi di ulcera gastrica colla resezione trasversale di fronte alla gastroenterostomia col fatto che oltre all'asportazione dell'ulcera ha luogo un vasto disgiungimento dei nervi gastrici con conseguente aumento della motilità e del tono del piloro e diminuzione dell'acidità.

L'attività peristaltica viene aumentata dopo l'esclusione dei due gruppi nervosi per mezzo del plesso mesenterico, l'esclusione del vago invece diminuisce l'ipersecrezione e l'iperacidità.

Al posto della resezione trasversale Stierlin consiglia in quei casi di ulcera gastrica, in cui l'asportazione dell'ulcera stessa non è urgentemente necessaria, un semplice taglio circolare praticato in un punto possibilmente alto dello stomaco, che oltrepassi la sierosa e la muscolare fino alla mucosa e che disgiunga le vie nervose senza aprire il lume dello stomaco, suturando subito il taglio fatto.

L'A. controllò in due casi praticamente il consiglio dello Stierlin.

Eseguì l'operazione prima in un paziente di 18 anni, nel quale avanti l'intervento la radiografia dimostrò notevole atonia, però ogni tanto delle onde peristaltiche normali, e nel quale si ebbe a notare un'ipersecrezione con valori di acidità aumentati. Dopo l'operazione si potè riscontrare peristalsi normale, l'ipersecrezione però non fu migliorata per l'intervento.

Il secondo caso fu un paziente dell'età di 45 anni che prima dell'intervento fece notare peristalsi aumentata, un abbondante residuo del pasto dopo 6 ore ed ipersecrezione. Dopo la operazione le condizioni di motilità rimasero invariate, la secrezione era piuttosto aumentata.

L'esperienza dell'A. non è dunque per quest'operazione relativamente semplice, il che è tanto più spiacevole in quanto la gastroenterostomia non dà dei risultati buoni nelle ulcere situate piuttosto verso il cardias e la resezione trasversa in questo punto rappresenta un intervento molto serio.

Questo intervento sarebbe molto utile anche per le altre ulcere residenti nei vari punti lungo la piccola curvatura che non possono guarire per il continuo stimolo meccanico, se si dimostrasse vera la premessa, cioè «la diminuzione ed anche lo sparire completo dei riflessi nervosi dello stomaco tanto importanti nella formazione dell'ulcera» come afferma Stierlin.

BLUEH.

Ulcera digiunale post-operatoria.

(*Bollettino dell'Accademia di Medicina.* Dottor Vittorio PAUCHET. Seduta 8 giugno 1920, Parigi).

In seguito ad operazioni per ulcera duodenale o gastrica, i malati si sentono il più delle volte sollevati, ma qualche volta, nei due anni che seguono l'atto operativo, od anche spesso più presto, essi ricominciano a soffrire.

Questi nuovi disturbi possono essere dovuti al fatto che l'operatore per difetto di esplorazione, non ha riconosciuto o una colecistite o una appendicite o un inginocchiamento intestinale, ma più spesso simili accidenti sono dovuti alla produzione di una ulcera degiunale, che risiede tanto sullo stesso digiuno a pochi centimetri dalla anastomosi, quanto, e più spesso, sulla stessa anastomosi (versante degiunale).

Qual'è la causa di questa complicazione? Se ne può imputare la causa al filo di sutura, all'iperacidità gastrica ed al traumatismo operatorio.

Filo della sutura. — Sulle ulcere degiunali che l'Autore ha operato, ve ne erano 7 anastomotiche, ed in 5 di queste ha trovato il filo di lino o di seta incluso nella sutura gastrodegiunale. Da quel giorno, nelle sue operazioni gastriche, ha soppresso l'uso del filo di lino per la sutura interna, ma l'ha conservato per la sutura siero-sierosa.

Ora l'A. ha constatato in uno dei suoi ope-

rati, un'ulcera prodotta dal filo della sutura siero-sierosa (aveva adoperato catgut per la sutura mucosa). Ha dunque abbandonato il filo ed utilizzato nei casi successivi il catgut per i due piani. Egli afferma di essere concorde col Gosset, nel ritenere, che se si volesse adoperare un piano in filo ed uno in catgut si potrebbe se mai impiegare il filo per la mucosa ed il catgut per la sierosa. La sutura interna infatti si elimina per l'intestino, mentre l'esterna si incista, suppura e può formare dei piccoli ascessolini che sono poi la causa di un'ulcera secondaria.

Chimismo gastrico. — L'ulcera secondaria è più frequente dopo le operazioni per ulcera duodenale e si ritrova più specialmente nell'uomo. L'iperacidità gastrica è un fattore predisponente molto importante, in quanto che l'ulcera secondaria è eccezionale negli ipopeptici e negli individui a secrezione gastrica normale.

Traumatismo operatorio. — In un ammalato operato di gastrectomia per cancro l'A. vide ricomparire dei disturbi dispeptici gravi, otto mesi più tardi. Rioperato l'ammalato, trovò nel digiuno, un'ulcerazione ellittica, corrispondente alla forma ed alla direzione dell'enterostato applicato sul digiuno. Questa ulcera divenuta cancerigna era accompagnata da una adenopatia mesenterica enorme.

Il traumatismo che produce l'erosione della mucosa (manovre digitali ed enterostati) o degli ematomi sottomucosi (pressione brutale di un bottone di Murphy) predispone certamente all'ulcera, sopratutto se la sutura è fatta con filo di lino e se vi è iperacidità, ma non di per sè solo. In ogni modo è da consigliarsi la dolcezza in tutte le manovre.

I sintomi dell'ulcera degiunale sono presso a poco quelli dell'ulcera gastrica e duodenale: dolori, due, tre o quattro ore dopo i pasti, che si calmano colla assunzione del cibo, e col bismuto-melena ed emorragie latenti — vomito ed eruttazioni acide — periodi di calma alternati con periodi di crisi. Il dolore ha sede piuttosto a sinistra.

Nell'ulcera degiunale perforata si hanno sintomi di peritonite o generalizzata o localizzata. In casi di fistole digiuno-coliche, si ha passaggio di gas e materie fecali nello stomaco o passaggio di alimenti nel colon: vi è diarrea senza colica ed abbassamento della acidità gastrica.

Anatomia. — L'evoluzione e l'aspetto dell'ulcera sono variabili: spesso è una piccola ulcera grande come una lenticchia, che ha sede sul margine dell'anastomosi e che ha incluso il filo di lino della sutura. L'ulcus altre volte ha sede, tanto sul versante degiunale dell'anastomosi, quanto sul digiuno. Spesso è perforata ed imbriglia il mesocolon trasverso, il colon trasverso (fistola digiuno-colica) e questo è il caso più grave per la rapida denutrizione del malato, ed anche la parete stessa dell'addome.

Nella maggior parte delle ulcere degiunali che l'A. ha operato, l'ulcerazione traversava tutto lo spessore della parete intestinale ed il fondo era costituito, sia dal mesocolon, sia dal colon stesso, che in due casi era perforato (fistola digiuno-colica).

Quando l'ulcera secondaria postoperatoria è sospettata, bisogna cominciare col mettere l'ammalato a dieta e a letto ed esaminare la funzionalità gastrica, sia dal punto di vista chimico, che fisico. Se non è possibile raggiungere la guarigione con le cure mediche bisognerà operarlo, secondo i casi, come segue:

a) Fistola digiuno-colica: l'ammalato è sfinito, fare dunque il minimum. Anestesia locale. Dissezione dei due orifici (colico e gastro-degiunale) che formano la fistola — escissione del tessuto ispessito e delle zone cicatriziali — separazione dell'anastomosi gastro-degiunale — sutura del colon — sutura della breccia degiunale.

Malgrado la semplicità e la brevità di tale operazione, l'A. ha operato così un suo ammalato talmente sfinito che è deceduto poche ore dopo dell'operazione.

b) Ulcera anastomotica con ispessimento o retrazione della breccia mesocolica (ammalato debole): escissione dei bordi ispessiti della breccia mesocolica e delle tuniche dell'anastomosi-sutura.

c) Il malato è ancora in buone condizioni: fare una gastrectomia larga (operazione di scelta) cioè: 1° sezionare il digiuno da ciascun lato della anastomosi; 2° ricostruire il digiuno con sutura; 3° resecare il più possibile di stomaco, dal piloro, fino al di sopra dell'antica anastomosi; 4° impiantare lo stomaco nel digiuno a dieci centimetri di distanza dall'antica sutura.

Esposto ciò, l'A. afferma come si possa prevenire il formarsi di un'ulcera degiunale post operatoria conformandosi ai seguenti precetti:

a) impiegare solo catgut per la sutura gastro-degiunale (1);

---

(1) A tale proposito si osserva che non possiamo accettare quanto afferma l'A., giacchè nulla ci garantisce circa il tempo nel quale il catgut si riassorbe.

b) traumatizzare il meno possibile l'intestino e lo stomaco;

c) stabilire, prima di operare, il chimismo gastrico. Se vi è iperclоridria, osservare le condizioni anatomiche che garantiscono l'ipoacidità postoperatoria. Per esempio, nell'ulcera duodenale, fare un'esclusione molto lontana dal piloro, magari sullo stomaco, o una gastro-enterostomia a tipo verticale di Ricard, mettendo la bocca anastomotica il più lontano possibile dal piloro.

Se si tratta di un'ulcera gastrica, praticare la resezione piuttosto che la gastro-enterostomia, non una resezione stretta e circolare, ma una emigastrectomia, cioè la soppressione del piloro e di tutta la piccola tuberosità.

Questa resezione sopprime una larga superficie segregante dello stomaco e provoca l'ipocloridria che assicura la guarigione.

Il totale delle operazioni di ulcera degiunale postoperatoria eseguite dall'A., è di 11, su dieci malati, poichè uno fu operato due volte: questi era ipercloridrico prima e dopo l'operazione e ricominciò a soffrire subito dopo operato la prima volta. Un'ammalata fu operata per stomaco a clessidra: le fu fatto una gastro-gastrostomia ed una gastro-enterostomia. Si produsse un'ulcera peptica sulla sutura gastrica e sul digiuno. Praticata una larga gastrectomia, l'ammalata ricuperò la perfetta salute e da sette anni non ha alcun disturbo.

L'A. ha praticato cinque volte la gastrectomia molto larga su delle ulceri degiunali, sopprimendo deliberatamente l'anastomosi e la porzione di stomaco a valle della anastomosi. Tutti questi malati che sono divenuti ipocloridrici sono tutti guariti perfettamente e la guarigione è duratura.

BANI.

Trattamento delle perforazioni delle ulcere gastriche e duodenali. — Opportunità della gastro-enterostomia immediata.

(M. GUIBÉ. *Gazette des Hôpitaux*, n. 63, 17 luglio 1920).

Il trattamento dell'ulcera perforata dello stomaco o del duodeno non può essere che chirurgico. Bisogna operare al più presto possibile, perchè mentre i casi operati nelle prime 12 ore danno una mortalità del 10 e del 25 %, questa va crescendo nei casi avanzati. Riconosciuta in tempo e subito trattata con intervento appropriato, la perforazione dell'ulcera dello stomaco è un'affezione relativamente benigna, mentre con intervento tardivo i risultati sono mediocri e spesso cattivi.

Resezione. — La resezione dell'ulcera è ancora poco usata: essa sarebbe sopratutto indicata nei casi di ulcera callosa dove è particolarmente difficile. Però le ulcere callose raramente si perforano. La prognosi è grave nei casi operati, perchè questi generalmente sono casi molto gravi.

Appendicectomia. — Aggiungere al trattamento dell'ulcera dello stomaco la resezione dell'appendice è cosa molto gradita presso i chirurgi inglesi, che sostengono, forse non senza ragione, che il grande fattore eziologico dell'ulcera gastro-duodenale sia l'appendicite cronica. Così essi raccomandano di farlo sempre quando si interviene nell'ulcera dello stomaco: in questi casi c'è quasi sempre del liquido nel cul-di-sacco di Douglas, così invece di fare l'incisione soprapubica per evacuarlo, la si fa nella fossa iliaca destra, e si reseca anche l'appendice.

Digiunostomia. — In realtà, tutta la discussione sta tra la sutura pura e semplice della perforazione e la sutura combinata alla gastro-enterostomia. Eiselsberg ha proposto di sostituire la gastro-enterostomia colla digiunostomia. Sinora è uno dei più caldi partigiani dell'idea di aggiungere alla sutura della perforazione un'operazione che alleggerisca la sutura, e cioè la gastro-enterostomia o la digiunostomia. La prima è indicata nelle ulcere del piloro o della piccola curvatura con fenomeni di stenosi, se l'individuo è in buone condizioni. La seconda dà dei buoni risultati in tutte le ulcere, qualunque sia la loro sede: essa è particolarmente indicata negli individui in cattive condizioni generali, nei quali è necessaria un'operazione rapida. Essa è un'operazione diretta più contro la peritonite che contro l'ulcera: essa agisce su questa solo indirettamente mettendo lo stomaco temporaneamente a riposo.

Gastro-enterostomia. — Completare la sutura della perforazione gastrica con una gastro-enterostomia è una cosa giusta. Per ottenere la guarigione di molte ulcere gastriche e sopratutto duodenali occorre stabilire una derivazione gastro-digiunale. In caso di perforazione dell'ulcera dello stomaco, la gastroenterostomia presenta due serie di vantaggi: 1° Migliora fin da principio i risultati immediati, diminuendo la mortalità post-operatoria perchè assicura la cicatrizzazione della perforazione proteggendola contro il rischio di una riapertura immediata, e poi perchè previene certe complicazioni secondarie, come la perforazione di una nuova ulcera o le emorragie intrastomacali. 2° Migliora in seguito i risultati a distanza, facilitando la cicatrizzazione dell'ulcera perforata e di altre ulcere

che potrebbero esistere contemporaneamente, sopprimendo i fenomeni da stasi e ristabilendo una circolazione corretta gastro-intestinale nei casi dove esiste un restringimento più o meno marcato del piloro o del duodeno.

In quanto alla sua utilità nei risultati immediati però non tutti i chirurgi sono d'accordo. Eliot e Corner specialmente dicono che è inutile completamente e che conviene escluderla in ogni caso.

Altri invece sono di parere contrario. La verità sta nel mezzo.

È esagerata l'opinione degli uni e degli altri. Inutile nella maggior parte dei casi, la gastro-enterostomia è indicata al contrario in caso di ulcera pilorica o duodenale, ma anche in questi casi sembra che la sua omissione debba considerarsi come grave danno. C'è una indicazione però, su cui tutti sono d'accordo, ed è la necessità della gastro-enterostomia complementare quando la sutura della perforazione provoca un restringimento dello stomaco o del duodeno, e ciò quando l'ulcera risiede sul piloro o sul duodeno. In questo caso la G. E. ha il doppio vantaggio di risparmiare alla sutura lo stiramento dovuto alle contrazioni violente dello stomaco per lottare contro l'ostacolo e nel medesimo tempo di ristabilire la libera circolazione degli alimenti.

In quanto poi alla utilità della gastro-enterostomia sui risultati a distanza, da varie statistiche risulta chiaramente che questi sono migliori se la gastro-enterostomia è compiuta assieme alla sutura per perforazione dell'ulcera. La G. E. non è di grande utile nei casi di ulcere gastriche, ma invece nelle ulcere piloriche e duodenali è realmente utile. Si è obbiettato che la G. E fa correre dei pericoli all'ammalato, ma ciò che veramente le è contro è che prolunga l'intervento e diminuisce la probabilità di guarigione.

Si è voluto inoltre comparare le statistiche di casi con sutura da perforazioni semplicemente e di casi con sutura di perforazione e gastro-enterostomia consecutiva, e si è visto che la mortalità nei casi con sutura e G. E. è leggermente inferiore a quella con sutura semplice.

Vi sono autori che si rifiutano di fare una gastro-enterostomia in primo tempo, e si riservano d'intervenire secondariamente se c'è bisogno, sostenendo, non senza ragione, che così essi favoriscono la guarigione della peritonite per perforazione ed evitano un intervento inutile o lo praticano almeno in migliori condizioni.

Questo modo è più sicuro, però c'è l'inconveniente di 2 interventi.

Indicazioni e controindicazioni. — Riguardo al carattere della perforazione e alle condizioni del suo trattamento si può dire che la G. E. è indicata in tutti i casi in cui la sutura provoca restringimento, in tutti i casi in cui si ha dei dubbi serî sul ristagno, nella maggior parte dei casi in cui la perforazione non può essere suturata o quando se ne teme un'altra che non si riesce a scoprire. La G. E. è inutile nei casi di sutura corretta e non provocante restringimento.

Riguardo ai caratteri dell'ulcerazione si praticherà la G. E. nei casi di ulcera perforata in cui sarebbe stata indicata anche senza perforazione, e se ne asterrà nei casi in cui se ne sarebbe astenuti anche senza perforazione. Vi sono dei casi in cui l'indicazione è formale: quelli dove esiste un restringimento pilorico o iuxta-pilorico molto pronunciato, poi quando si trova un restringimento poco marcato o spasmo del piloro, un'ulcera pilorica o iuxta-pilorica, un'ulcera callosa o vecchia qualunque ne sia la sede, infine in quei casi in cui l'ulcera ha già provocato diverse complicazioni specie delle gastrorragie. Il praticare la G. E. è dubbio quando l'ulcera risiede sulla piccola curvatura, sulla parete dello stomaco e sopratutto presso il cardias, insomma in tutti i casi dove il valore terapeutico della G. E. è discusso.

Gastro-enterostomia primitiva o gastro-enterostomia secondaria? — In quali casi dobbiamo noi fare la G. E. primitiva e in quali la secondaria? Conviene distinguere 3 categorie di casi:

1° I casi in cui la primitiva è formalmente indicata (stenosi pilorica, contrattura, spasmo, gastrorragie, ulcere inveterate).

2° I casi dubbî (tutti gli altri casi).

3° I casi in cui è contro-indicata (in tutti i casi gravi, dove occorre operare il più rapidamente possibile e ove rischierebbe di oscurare la prognosi).

Alla gastro-enterostomia secondaria precoce si ricorrerà a seconda delle indicazioni o contro-indicazioni della G. E. primitiva. Si pratica dopo qualche giorno ed essa presenta molti vantaggi perchè l'individuo è un po' ristabilito e i sintomi peritoneali già scomparsi.

B. MASCI.

Dislocazione della cicatrice ombelicale in casi di ulcera gastrica e di altre affezioni addominali.

(Prof. dott. H. SCHLESINGER. *W. Klin. Wochenschrift*, 1921, n. 1).

L'ipertonia dei muscoli retti dell'addome è considerata giustamente come un sintomo importante nella diagnosi di ulcera pilorica. La contrazione dei retti è un fenomeno di difesa di origine riflessa — è spesso seguito da contrazione dei muscoli vicini. Se vi è differenza nel tono dei 2 muscoli, si fa diagnosi di localizzazione esatta, ricordando che il processo morboso corrisponde sempre al muscolo iperteso.

La differenza di tono è spesso minima e può essere dimostrata soltanto da una palpazione diligentissima.

Vi è però un sintoma che accompagna l'ipertensione unilaterale (che non fu ancora descritto) e che si mette in evidenza con facilità: ordinando all'ammalato (in qualunque posizione, meno in quella supina) di spremersi come per la defecazione, si osserva nei casi di ipertensione unilaterale una dislocazione laterale transitoria della cicatrice ombelicale verso il lato iperteso. La dislocazione varia da $^1/_2$-4 cm. e più.

L'innervazione aumentata dei retti e dei muscoli addominali vicini si nota nei processi morbosi che attaccano gli organi dell'ipocondrio destro: piloro, duodeno, cistifellea — l'ulcera gastrica del fondo o della grande curvatura in genere non la determina.

L'ipertensione dimostrabile clinicamente cessa quando cessano i sintomi dolorosi: la dislocazione della cicatrice ombelicale può invece perdurare e sta allora ad indicare che il processo non è completamente guarito.

L'A. osservò dislocazione della cicatrice ombelicale in un quarto dei casi di ulcera duodenale o pilorica — meno frequentemente e soltanto durante gli attacchi dolorosi in casi di colelitiasi.

BARZ.

CENNI BIBLIOGRAFICI

ROSSI prof. OTTORINO. *Osservazioni neurologiche su lesioni del sistema nervoso da traumi di guerra.* Sassari, Tipografia Operaia, 1921, pag. 227.

Il prof. Rossi, direttore della Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Sassari, pubblica oggi il complesso delle sue osservazioni neurologiche raccolte nella grande guerra. Lavoro veramente notevole se si pensa che lo studio è fondato su una somma di 2500 feriti del cranio, di 400 del midollo spinale, di 300 dei nervi periferici, di 2000 sofferenti di postumi di ferite del sistema nervoso. Lo studio diligentissimo corredato da storie cliniche, da reperti operatorî e di autopsia, di ricerche istologiche e di figure bellissime, è tanto più degno di ammirazione in quanto il prof. Rossi ha fatto dei casi una magnifica scelta. Nel suo splendido lavoro analitico ha scelto tutto ciò che poteva servire ad illuminare vecchie e nuove questioni, a portare nuovi contributi e nuovi elementi di verità, a negare od affermare fatti che passavano o passano per verità. È questo insomma un lavoro condotto con alto criterio critico ove ogni indagine ha un fine ed ove emerge sempre il competente della materia.

Il lavoro non si presta ad essere riassunto; chiunque lo legga vi troverà materia di ammaestramento, così il neurologo come il chirurgo, come il medico generale poichè a discussioni di fisiologia del sistema nervoso si avvicendano quelle di fisiopatologia, di clinica, di anatomia. Tutte le parti del sistema nervoso vi sono trattate, dalle sindromi a manifestazioni tardive, da rottura dei vasi piali per azione indiretta, alle lesioni di tutti i segmenti del cervello, del cervelletto, del midollo spinale, dei nervi periferici. Questo lavoro che si differenzia completamente dai molti altri pubblicati durante o dopo la guerra, per la originalità delle ricerche, per la critica serena, per una direttiva che volge sempre alla ricerca della verità tralasciando da parte ciò che è inutile, fa onore alla scuola italiana di neuropatologia anche per la correttezza ed eleganza con cui è scritto, eleganza che lo rende facile alla lettura anche di chi non è specializzato in studi di neurologia. Il volume oltrechè essere istruttivo nella materia è nobile nel fine poichè l'autore che esplicò la sua ammirevole laboriosità nella terza armata per tutto il tempo di guerra quale consulente neurologo fu anche una delle colonne di quei centri neurologici di S. Giorgio di Nogaro, di Scorzè, Cam-

pocroce e Mestre ove l'attività sua unita a quella dei prof. Tusini chirurgo di quei centri e col. Rossi anima della lodatissima istituzione, diede frutti che suscitarono l'ammirazione nei molti stranieri che li visitarono.

A. CAUCCI: *La chirurgia del cieco e del colon.* — Roma, 1921. — Prezzo L. 20.

In questo lavoro vengono esposti ordinatamente tutti gli atti operativi che si praticano sul crasso (escluso il retto).

Precedono brevi nozioni di *anatomia, embriologia* e *fisiologia,* quali occorrono al chirurgo. In cinque capitoli viene esposta, solamente per quanto la importanza operatoria, *l'anatomia patologica* delle principali affezioni del cieco e del colon: grandi anomalie congenite; alterazioni di forma, disposizioni anormali e aderenze nella stasi intestinale cronica; occlusioni; lesioni infiammatorie; tumori; fistole stercoracee ed ani preternaturali.

La parte *tecnica* viene sviluppata in dodici capitoli, tenendo conto soltanto dei metodi che sono seguiti al giorno d'oggi. Esposte le norme fondamentali di tecnica, sono trattati i seguenti argomenti: tiflo- e cololisi; pessie; plicature e plastiche; puntura, colotomia e svuotamento intestinale; fistolizzazione del crasso; ani artificiali e stomie; cura delle fistole stercoracee; anastomosi in generale; anastomosi a continuità intestinale integra; esclusioni; resezioni. Questa parte non è riassumibille. Succintamente e schematicamente vengono esposti le *indicazioni* e i *risultati.*

Da ultimo sono riferite esperienze originali di *impianto della valvola ileo-cecale* nelle anastomosi ileocoliche provanti la persistente funzione contentiva della valvola.

Se la vastità della materia ha portato un'eccessiva stringatezza di certe parti, lo sviluppo sufficientemente ampio della parte tecnica, informato ai moderni concetti di questa branca importante e speciale della chirurgia addominale, e l'organico ordinamento dei vari argomenti, fin qui per lo più sparsi nella letteratura, fanno del lavoro del Caucci un'opera meritevole d'essere consultata dal chirurgo pratico.

ROUSSY et LEROUX. *Diagnostic des tumeurs.* Masson, ed., 1921. Prix 25 francs.

La prova biopsica fa oramai parte dei mezzi ordinari di diagnosi in alcune specie e in alcune sedi di tumori; la conoscenza esatta della natura di essi resta d'altra parte elemento pronostico di grande valore e attualmente va diventando elemento utile direttivo nella terapia incruenta o post-operatoria. Roussy e Leroux, nel piccolo volume, si propongono lo scopo di rendere agevole allo studioso l'orientamento circa la diagnosi istologica dei tumori. L'opera è divisa in due parti: una breve, concisa, che ricorda le note generali e particolari istologiche; l'altra, direttamente pratica, è la riproduzione fedele di preparati originali, i quali possono essere considerati i tipi dei tumori più comuni. Libro utile sia a medici che a studenti, sarà certo accolto benevolmente in Italia. L'edizione, al solito, è accurata, nel testo e nelle numerose figure.

t. p.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta del 6 maggio 1921.

Presidenza: Prof. B. ROSSI, presidente.

Apparecchio per la immediata valutazione volumetrica di un viscere, o di parte di un viscere, asportati dall'organismo.

G. GUERRINI. — L'O. descrive il modo con cui è costruito e con cui funziona un suo apparecchio da servire per la immediata valutazione volumetrica di un viscere o di parti di un viscere asportati dall'organismo, accennando a qualcuno degli usi ai quali può essere impiegato in patologia sperimentale, in anatomia patologica, in chirurgia.

L'apparecchio registra su un quadrante graduato, a mezzo di una leva, l'aumento di volume di una massa liquida in cui venga immerso l'oggetto da misurare. È semplice e di uso facile.

Modificazioni numeriche delle piastrine e termoterapia.

A. VINAI. — Dalle variazioni numeriche delle piastrine riscontrate già da altri autori in forme piretiche, l'O. è stato invogliato a ricercare se modificazioni quantitative potessero provocarsi con mezzi termoterapici.

Pel conteggio usò indifferentemente il metodo di Affanissiew e quello di Port e Akiyama.

Pel riscaldamento artificiale usò la Diatermia. Colle applicazioni generali non ottenne sensibili variazioni, forse anche per il non grande surriscaldamento ottenuto.

Colle applicazioni locali agli arti, oltre ai fenomeni normali di surriscaldamento riscontrò evidente diminuzione del numero delle piastrine. Aumento invece sensibilissimo del numero di esse ottenne riscaldando la regione splenica.

Non ritiene prudente allo stato attuale delle conoscenze della genesi delle piastrine avanzare ipotesi a spiegazione del fenomeno.

A proposito di un tumore cistico congenito del collo.

G. CASTIGLIONI. — L'O. presenta un caso felicemente operato di voluminosissimo tumore cistico congenito del collo. In base allo studio dei preparati istologici che dimostra, conclude trattarsi di un linfangioma per quanto il tumore sia apparentemente cistico, uniloculare.

Ne prende argomento per lo studio dei tumori cistici congeniti del collo unificando il concetto di linfangioma e di cisti sierosa congenita, mentre considera a parte le cisti di origine branchiale.

Seduta del 20 *maggio* 1921.

Presidenza: Dott. V. RONCHETTI, vice-presidente.

Pneumoradiografia del rene.

FRASSI. — Il metodo proposto recentemente da Rosenstein consiste nell'introduzione di 500-600 cmc. di ossigeno nel connettivo perirenale, praticando subito dopo la radioscopia e la radiografia. Il gas si diffonde all'intorno del rene, ed in tal modo è possibile di osservarne e studiarne il volume, la forma, la sede, l'esistenza di calcoli, ecc.

Occorre il confronto col rene del lato opposto. Il metodo non ha fino ad ora dato inconvenienti di sorta, è ben tollerato dall'ammalato, ed è molto pratico essendo eseguibile in breve tempo, e richiedendo solo la più scrupolosa osservanza dell'asepsi.

I tumori dell'ipocondrio sinistro in radiologia.

P. PINCHERLE. — Tanto i tumori della milza come quelli del rene sinistro determinano solitamente un abbassamento della flessura sinistra del colon dalla sua sede abituale sottodiaframmatica; mentre però la flessura abbassata rimane sottostante al polo inferiore del tumore splenico, essa, in caso di tumore renale suole essergli sovrastante e spesso spostata medialmente.

In caso di tumore renale con ptosi spiccata può verificarsi l'iscrizione del tumore stesso in una cornice formata in alto dal colon trasverso ed all'esterno dal colon discendente.

Gli ascessi subfrenici sono pure soliti a spostare in basso la flessura splenica del colon, ma il loro riconoscimento radiologico indiretto si fonda sopratutto sul fatto che la bolla gassosa dello stomaco ne viene abbassata, compressa e talora spostata medialmente.

I tumori del pancreas non modificano per lo più la sede della flessura sinistra del colon ma imprimono piuttosto compressioni e spostamenti allo stomaco.

La metà sinistra del diaframma è spesso innalzata e talvolta ostacolata nelle sue escursioni respiratorie dai tumori dell'ipocondrio sinistro e specialmente dagli ascessi subfrenici.

Tecnica e valore clinico della reazione al permanganato sul liquido cefalorachidiano.

P. BOVERI. — L'O. richiama l'attenzione sulla reazione da lui proposta nel 1914 per svelare le minime alterazioni del liquor, in rapporto all'aumento patologico delle sostanze proteiche che già fisiologicamente esistono in esso.

La reazione al permanganato è più sensibile delle altre essendo basata sul fenomeno *colorazione*, mentre le comuni altre sono in rapporto all'*opacamento*, alla *precipitazione* o *flocculazione* delle albumine.

Boveri crede che, per scopi clinici, sia migliore l'esame in toto delle albumine, piuttosto che la ricerca delle globuline (metodo Nonne e Noguchi), potendo colla reazione proposta dimostrare delle minime alterazioni umorali che altrimenti sfuggirebbero all'esame.

La tecnica è semplicissima: si aggiunge, ad un cmc. di liquor, un cmc. di soluzione permanganato potassico uno su diecimila, in modo da mescolare i due liquidi e si osserva se la miscela cambia colore. Se il liquor è patologico la miscela assume una tinta giallo paglia, giallo canarino. Se il liquido cef. r. è normale, la colorazione resta rosa-violacea. Si ha reazione *forte* quando essa si produce in meno di due minuti primi, *media* se in tre, quattro minuti, *debole* se in cinque, sei, sette minuti. Al di là di questo tempo la reazione è da ritenersi negativa, inquantochè dopo un certo limite, anche in condizioni normali la miscela cambia colore perchè le piccole quantità fisiologiche di proteine ossidano e riducono la soluzione di permanganato.

Su diverse centinaia di liquidi c. r. la reazione ha dato risultati costanti. L'O. riferisce sui reperti di alcune malattie, specialmente la meningite, ricorda alcune constatazioni particolari in bambini ed in adulti ed insiste su questa ricerca che può offrire un importante aiuto per la diagnosi.

Coltura di Trichophyton gypseum *dal sangue circolante in tricofizia profonda con* lichen trichophyticus.

G. A. AMBROSOLI. — Il *lichen trichophyticus* è una eruzione rara che può comparire nel corso di una tricofizia profonda, e che è legata allo stato di allergia nel quale si trova la pelle, in dipendenza dai fatti immunitari.

Nota in Germania, non ne fu ancora descritto alcun caso in Italia e neppure in Francia.

Il reperto colturale di *Trichophyton* dal sangue circolante, ottenuto dall'O. non era per anco riuscito ad altri ricercatori, ed è ricco di interesse, poichè dimostra che la tricofizia profonda non è una affezione cutanea puramente locale, ma una malattia generale dell'organismo, e porta nuova luce alla questione della patogenesi del *lichen trichophyticus,* fino ad oggi oggetto di discussioni e di controverse ipotesi.

Dimostra infatti che il *lichen trichophyticus* è dovuto ad un trasporto per via ematogena di materiale micotico, e non solamente di tossine, ma ancora di ifomiceti vivi e virulenti; che dal focolaio tricofitico profondo sono portati alla pelle, dove sviluppano metastaticamente alterazioni secondarie diffuse.

C. VALLARDI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Malattia alimentare delle ossa (Osteoporosis alimentaria).

Chelmonski (*La Presse médicale*, n. 12, 1921) traccia nel modo seguente il quadro della « osteoporosis alimentaria », malattia osservata in Polonia durante l'occupazione tedesca.

Occorre distinguere due forme principali. La prima è caratterizzata da dolori in alcune ossa specie nelle coste inferiori, nel sacro, talora nelle vertebre, dolori spontanei, più forti nei movimenti ed alla pressione. Le ossa colpite sono sempre più o meno flessibili e fragili; il loro esame radiografico fa constatare la diminuzione dei sali calcarei. L'autopsia svela l'osteoporosi.

Clinicamente il più spesso si nota una inanizione generale marcata.

Questa forma, di preferenza secondaria a tubercolosi o marasma senile, può esser denominata: *osteoporosis alimentaria simplex*.

La seconda forma di osteoporosi di origine alimentare ricorda molto l'osteomalacia. Si sviluppa progressivamente e più spesso in donne di media età.

Inizia con dolori alle gambe, al sacro, torace; si aggiunge poi una paresi progressiva delle estremità inferiori; l'andatura somiglia all'anserina.

Tale pseudoparesi non dipende esclusivamente dai dolori, ma è anche in rapporto con l'indebolimento dei muscoli. È caratteristica di tal forma l'impossibilità di sollevare, stando sdraiato, le due gambe insieme: meno difficile è l'abduzione. Facilmente le costole vanno incontro ad infrazioni. Lo stato di nutrizione è buono, talora, anzi, eccellente.

L'esame radiografico mostra un grado più o meno accentuato di decalcificazione delle ossa del bacino e del sacro.

Nessuna anomalia di forma e dimensioni del bacino. Sicchè si ha in questa forma o una *osteoporosis alimentaria pseudo-paretica* ovvero una *pseudo-osteomalacia alimentaria*.

Per distinguerla dall'osteomalacia vale il fatto che l'osteomalacia è rara in quelle popolazioni, si accompagna per lo più a gravidanza o parti; l'osteomalacico è cachettico, ha deformazioni del bacino al contrario dell'osteoporosi. Inoltre, oltre a tener conto della diversa prognosi, l'osteomalacia colpisce tanto i ricchi quanto i poveri, mentre l'osteomalacia pseudoparetica non si osserva che negli individui la cui alimentazione è incompleta.

Da i fatti preesposti, risulta che le ossa reagiscono in generale molto energicamente contro una alimentazione insufficiente od incompleta in modo diverso nei diversi individui; le qualità individuali hanno qui evidentemente un compito importante.

MONTELEONE.

TERAPIA.

La diarrea dei bambini allattati al seno.

Riveste la forma comune senza segni di infezione nè di intossicazione: non è nè seria nè duratura, non esige la soppressione dell'allattamento (Marfan. *Journ. de méd. de Paris*, 1921, n. 17). È caratterizzata dall'aumento nel numero delle evacuazioni, di materie liquide o semiliquide, male legate e granulose, verdi, con odore di latte inacidito, di reazione acida. Vi sono talvolta emissioni di gas intestinali, coliche, eritemi.

Si distinguono: *a*) *forma dispeptica* con scariche poco numerose, granulose, semiliquide; il peso continua ad aumentare; *b*) *forma catarrale*: scariche numerose, liquide, con molte materie mucose, spesso con schiuma; il peso diminuisce ma non in modo impressionante; può durare una settimana o dei mesi, senza che lo stato generale ne soffra.

Cause. — Le diarree primitive possono essere: *a*) di origine alimentare o esterna; iperalimentazione (pasti ravvicinati e abbondanti) o alterazione del latte della nutrice (alimentazione difettosa, eccesso di burro) od a medicinali (olio di ricino, calomelano, ipecacuana); *b*) di origine interna: insufficienza funzionale dell'apparecchio digerente, congenita o consecutiva ad eruzione dentaria, ad intolleranza per il latte. Le diarree secondarie succedono ad infezioni acute o croniche (sifilide, tubercolosi).

Trattamento. — Non bisogna dimenticarsi che è raro di poter cambiare nutrice; la dieta idrica non è sempre necessaria. Nelle diarree leggere, si distanzieranno i pasti, si diminuiscono, si dà qualche cucchiaino di acqua bollita. In quelle intense, si sopprimono le poppate, sostituendole con acqua bollita; nei casi di intolleranza per il latte, può essere utile l'allattamento misto; dopo i 4-5 mesi si possono dare delle pappe.

Sono utili i clisteri, da sconsigliarsi i purganti: dopo ogni poppata, dare un cucchiaino di acqua di calce (acqua di calce officinale 100 gr., sciroppo semplice 50 gr.); possono es-

sere pure utili il benzonaftol, bismuto, tannigeno. Se le feci sono alcaline, si prescriverà l'acido lattico. *fil.*

Terapia nell' influenza.

Kraus (*Deutsche mediz. Wochenschr.*, anno XLII, n. 9) preconizza nello stadio febbrile, a reperto polmonare negativo, l'eucupina (per le eventuali complicazioni oculari non più di 1-2 g. al giorno e 3 g. dose complessiva) e il siero antigripposo; quest'ultimo specie per scongiurare la componente streptococcica dell'infezione. Inoltre l'elettrargolo o l'argoflavina (intravènosi) a subentrata complicazione polmonare. La digitale, secondo il suo parere, viene data troppo presto e troppo schematicamente. L'uso ne dev'essere strettamente individualizzato.

Bisogna tener presente che la debolezza del sistema vascolare non è dovuta sempre a paralisi vasomotoria, ma spesso alla cosiddetta vagotonia; in questi ultimi casi si dà — se necessario — l'atropina prima della digitale o combinata ad essa.

Per iniezioni endovenose si adoperi il digipurato solubile. Molto raccomandabile è la caffeina per via ipodermica. Quale espettorante si usi la canfora ad alte dosi, sottocute. Sottrazioni sanguigne non recano alcun vantaggio.

L'eventuale pleurite dev'essere controllata scrupolosamente. E possibile il riassorbimento pure di essudati sero-purulenti. L'intervento operativo non deve essere ritardato. Negli empiemi da pneumococchi l'eucupina può riescir utile ancora allo stadio settico. Non essendo raro l'insorgere di broncopolmoniti anche alcuni giorni dopo lo sfebbramento, gli infermi vanno per qualche tempo tenuti in osservazione anche a subentrata convalescenza.

m. p.

La gangrena polmonare curata col salvarsan.

L'etiologia della gangrena polmonare e della bronchite putrida è ancora oscura (B. Molnàr (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 21, anno 1921); una parte importante spetta però senza dubbio alle spirochete. Ricerche istologiche hanno dimostrato l'abbondante presenza di spirochete nel tessuto polmonare che circonda le caverne gangrenose al confine tra il tessuto sano e quello ammalato, mentre le masse contenute nelle caverne gangrenose sono ricche di germi (bacilli e cocchi) ma povere di spirochete. Ciò spiega la difficoltà di riscontrare le spirochete nello sputo. L'A. non ve le riscontrò in alcuno dei 6 casi studiati.

Questi casi vennero curati con le iniezioni endovenose di neosalvarsan e guarirono tutti più o meno rapidamente a seconda dell'inizio più o meno precoce della cura. Cade dapprima la febbre, in seguito l'espettorato perde il carattere fetido e diminuisce notevolmente fino a scomparire; la guarigione è confermata dal reperto radiologico.

In 5 casi di bronchite putrida cronica, l'A. non ottenne risultati notevoli dalla cura col salvarsan, nessun risultato in 3 casi, miglioramento (diminuzione di quantità e di odore dell'espettorato) in 2 casi. Forse migliori risultati si devono attendere nei casi recenti di bronchite putrida. L'A. raccomanda la cura col salvarsan quanto più precoce è possibile in tutti i casi di gangrena polmonare; i risultati sono rapidi ed ottimi nei casi così curati fin dall'inizio.

POLLITZER.

Intossicazione per composti arsenobenzolici.

L'analisi di 29 casi mortali, passati in rassegna da A. G. R. Foulerton (*British medical Journal*, 6 giugno 1921) dimostra che essi possono essere classificati in tre gruppi: 1) casi acuti in cui i sintomi compaiono rapidamente dopo due o tre iniezioni; 2) casi subacuti, durante il trattamento od alla sua fine, circa dieci giorni dopo l'ultima iniezione; 3) casi di intossicazione ritardata (2-7 settimane dopo l'ultima iniezione della serie). Tempo e dose sembrano avere poca influenza sui risultati finali, essendosi avuto esito letale in un caso dopo due dosi di cg. 45, in un altro dopo g. 3.1 somministrati in otto iniezioni. La sintomatologia è sempre stata la stessa: itterizia, ematemesi, delirio, coma, morte in 3-5 giorni.

L'infiltrazione grassa del fegato e l'itterizia tossica possono aversi per i composti dell'arsenico (idrogeno arsenicale, ossido arsenioso); la tossicità degli arsenobenzoli può essere influenzata anche dal nucleo benzolico.

Non si può per ora apprezzare quale sia il rischio connesso con l'uso degli arsenobenzoli; i casi mortali riconosciuti e pubblicati costituiscono soltanto una frazione di tutti quelli che si sono avuti durante gli ultimi sei anni, tanto più che, come si è accennato, fra l'ultima iniezione ed il presentarsi dei sintomi può intercorrere un periodo abbastanza lungo, in ottima salute.

fil.

IGIENE.

Reazione di Schick e profilassi della difterite.

(*Discussione nella Société médic. des Hôpitaux de Paris*, 1921).

È universalmente ammesso che l'unico mezzo per arrestare l'estendersi di una epidemia di difterite è la sieroterapia preventiva dei soggetti esposti al contagio: se invece trattasi di una collettività ben sorvegliata si può giungere a limitare ed arrestare l'epidemia con l'esame clinico e batteriologico del rino-faringe di tutti gli individui e con l'isolamento dei portatori. Questo non è però possibile sempre, donde la importanza della reazione di Schick per svelare i soggetti recettivi.

Essendosi verificati in una scuola di Parigi 4 casi di difterite, Delille e P. Marie praticarono la reazione negli allievi, nei professori, nel personale di servizio: in tutti coloro nei quali la reazione di Schick fu positiva vennero iniettati 5 c.c. di siero antidifterico.

L'epidemia in tal modo si arrestò e nessun caso nuovo ebbe a verificarsi.

Questa esperienza conferma (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpit. de Paris*, 1921, p. 457) che allorchè un'epidemia di difterite iniziasi in una collettività, la reazione di Schick permette di limitare le iniezioni preventive, di evitare l'isolamento dei portatori di germi e di non interrompere gli studi dei convalescenti scolari.

Intorno al valore profilattico della reazione di Schick, Lereboullett e P. L. Marie aggiungono alle considerazioni suesposte delle contemporanee osservazioni fatte nell'Asilo israelitico di Neuilly su 142 persone. Di queste 105 non reagirono, 37 ebbero una reazione positiva: il maggior numero di reazioni positive si ebbe nei bambini dai 6 ai 10 anni; parecchi bambini appartenevano alla stessa famiglia; ora di questi aggruppamenti familiari in quattro la reazione fu del medesimo segno, in quattro di segno contrario, ed in tutti questi casi, era il soggetto più giovane quello il quale presentava la reazione positiva.

Eseguito un esame batteriologico su un gruppo di 15 fauci sospette furono accertati tre portatori nei quali la reazione di Schick era negativa, l'esame batteriologico divenne negativo dopo parecchi giorni.

Ai soggetti con Schick positivo fu inoculato il siero: si può quindi parlare di un metodo di terapia preventiva più che di vera profilassi.

Lerebouillet e P. Marie concludono dicendo che l'interesse dell'esperienza sta nell'importanza dei problemi di natura biologica o clinica che i risultati simili ottenuti dai veri osservatori con la reazione di Schick, permettono di risolvere.

Se la reazione, in ragione diretta del tempo che richiede è poco applicabile durante una epidemia a rapida tendenza diffusiva, ha un valore viceversa grande se praticato all'infuori di ogni epidemia, sistematicamente in ogni collettività: i risultati, bene annotati su di una scheda individuale permetterebbero di sorvegliare sin dall'inizio di un'epidemia i soggetti recettivi.

Aviragnet sostiene che la reazione di Schick di mediocre interesse nella pratica giornaliera rende incontestabili servigi nella collettività; però è indispensabile completare la ricerca della reazione con quella dei portatori di germi.

Molti soggetti infatti con Schick negativa, possono portare bacilli difterici virulenti per le cavie, innocui in virtù dell'antitossina circolante, per chi li porta, dannosi molto probabilmente per l'*entourage*.

Lesné, Renault, Lévy, dalle proprie osservazioni concludono che in un ambiente chiuso (orfanotrofio e simili) bisogna fare un'iniezione preventiva di siero ai fanciulli con Schick positiva.

I portatori di germi con Schick negativa non contraggono la difterite e nel caso in cui i bacilli da essi portati siano virulenti — la qual cosa non sembra esser comune — i portatori stessi diverrebbero — permanendo nella stessa collettività chiusa — inoffensivi per tutti i recettivi immunizzati con il siero.

In collettività aperte la reazione non ha più lo stesso valore e la ricerca dei portatori è la sola misura profilattica efficace con l'isolamento e l'inoculazione preventiva d'obbligo.

Poichè non rare volte è materialmente impossibile eseguire le reazioni di Schick e le volute iniezioni preventive, dal punto di vista pratico, M. Louis Martin resta partigiano dell'esame clinico con l'esame batteriologico delle fauci sospette e la sorveglianza di coloro i quali avvicinano il malato: la reazione di Schick può permettere di limitare le iniezioni preventive e di riservarle ai soli portatori reagenti alla tossina difterica.

Martin ci riporta alla questione se i portatori sono tutti contagiosi e se in ogni caso conviene mantenere l'isolamento. Ogni portatore il quale abbia, egli dice, una lesione anche minima, evidente o no, è di certo contagioso: nella propagazione della malattia è ben nota l'importanza delle cripto-difteriti, delle difteriti fruste, delle difteriti croniche. Sono poi contagiosi per un certo tempo i convalescenti e contagiosi sono i portatori sani durante un accidente acuto (angina acuta): ora sarebbe

interessante conoscere il potere di contagio dei portatori sani all'infuori di tali periodi.

Secondo Martin i portatori che posseggono l'immunità, e la conservano, non debbono esser contagiosi perchè essi hanno dell'antitossina nel loro siero, nei loro umori, ed ogni bacillo difterico in contatto con questi umori antitossici deve impregnarsi di antitossina, sensibilizzarsi: da questo punto non può più esser molto contagioso; in ogni caso meno dei bacilli provenienti dalle fauci di un individuo sensibile o malato. Basterebbe perciò isolare i soli portatori con Schick positiva, cioè senza immunità e perciò suscettibili di avere una vera difterite con false membrane.

Jules Rénault crede che la difterino-reazione molto interessante dal punto di vista della patologia generale e dello studio dell'immunità non ha dal punto di vista della profilassi generale un valore grande: essa distingue i bambini in refrattari e recettivi ma non in dannosi e non dannosi.

È la ricerca dei portatori di germi che solamente può fare la distinzione dei bambini in dannosi per coloro i quali li avvicinano e non dannosi.

La reazione di Schick, al contrario, ha un gran valore per l'individuo: essa permette di limitare l'iniezione preventiva di siero ai soli bambini con reazione positiva.

M. E. Rist, ricorda come avesse una ventina di anni fa, emesso sulla patogenesi delle paralisi difteriche, una teoria in contraddizione con la dottrina dominante attribuente questa paralisi all'azione della tossina solubile. Rist era stato colpito dal fatto che alcuni bambini colpiti da grave difterite, trattati con dosi considerevoli di siero antidifterico benchè guariti non rimanevano immuni dopo due o tre settimane da paralisi difteriche gravi: si sa che l'azione preventiva dei sieri antitossici ha molto più valore della loro azione curativa; ora in tali casi vediamo l'azione curativa avere completa efficacia contro la difterite propriamente detta, mentre fallisce l'azione preventiva contro le paralisi. Evidentemente le paralisi difteriche sono dovute a tutt'altro che alla tossina solubile: Rist pensa ad una endotossina sulla quale il siero è senza azione e che, diffondendosi lentamente dal corpo dei bacilli, agisce solo tardivamente.

L'esperimento ha confermato ciò, la reazione di Schick lo conferma di nuovo in quanto Delavergne e Zoeller hanno notato che nelle paralisi difteriche la reazione di Schick è negativa: degli individui pur possedendo l'immunità contro la tossina vanno incontro lo stesso a paralisi difteriche. MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1388) *Dosamento dell'urea nel sangue.* — Al dott. C. S., Legnano:

Per il dosamento dell'urea nel sangue un metodo semplice, che a scopo clinico può dare resultati utili, è quello adottato da Ambard.

Bisogna operare su almeno 10 cmc. di siero che si versano in un bicchiere a calice aggiungendovi un volume esattamente uguale di una soluzione di acido tricloroacetico al 20 per cento, ed il miscuglio si agita bene con una bacchetta di vetro. Si filtra attraverso un filtro asciutto, si raccolgono 10 cmc. del filtrato e si mettono nell'ureometro di Hallion e Ambard. Si alcalinizza con uno o due cmc. di idrato sodico al 10 % e si fa il dosaggio con l'ipobromito come per l'urina.

L'azoto che si sviluppa per l'azione dell'ipobromito rappresenta non solo l'azoto dell'urea, ma anche l'azoto di una serie di altri corpi che però nel siero di sangue si riscontrano solo in minima quantità.

Un metodo più esatto sarebbe il metodo dell'*urease*, ma però richiede una tecnica più delicata, è di più difficile applicazione e quindi meno comodo nella pratica comune.

Il dosaggio dell'urea si può fare sia sul sangue congelato, sia sul siero, essendo la differenza fra i tassi di urea dell'uno e dell'altro trascurabile.

L'ureometro di Hallion e Ambard può ordinarsi presso il Laboratoire de Chimie appliquée Carrion et C.ie, St-Honoré, Paris.

S. SILVESTRI.

Errata-corrige.

Nella risposta 1371, pag. 1087, fasc. 32, sulla eccitabilità elettrica dei nervi, ecc., il *non* della quarta riga, dovuto ad errore tipografico, va evidentemente levato.

VARIA

Le inezie nella Medicina.

(W. D. HALLIBURTON. *The British Med. Journ.*, 26 marzo 1921).

L'Helmholtz, scrivendo, circa un secolo più tardi, del Galvani, diceva: « Quando Galvani toccò i muscoli di una rana con differenti metalli e osservò la loro contrazione, chi avrebbe mai sognato che tutta l'Europa per quella esperienza sarebbe stata attraversata da fili intelligenti, che con la velocità del lampo irradiano il pensiero da Madrid a Pietrogrado? Nelle

mani di Galvani e di Volta le correnti elettriche erano fenomeni atti ad eccitare forze molto deboli, che solo apparati delicatissimi potevano mettere in evidenza. Se essi fossero stati trascurati, perchè l'investigazione e lo studio non promettevano risultati immediati, ora noi ignoreremmo la più importante e interessante delle forze naturali ».

Se l'Helmholtz vivesse oggidì avrebbe detto dippiù! Quelle piccole cose, quasi nulla, le contrazioni di un muscolo di rana, erano d'importanza suprema. Quante inezie nella Scienza hanno trasformato un rude meccanismo in uno strumento utile, come cannoni, ponti, macchine industriali, navi! Fu un'inezia che menò alla scoperta del Telefono, dei raggi X, dei corpi radioattivi. Furono inezie le esperienze del Pasteur che menarono poi ai lavori del Lister; inezie gli studi del Miescher sulle uova del salmone, che hanno formato la base della patologia della gotta; inezie gli studi del Bayliss sui colloidi, che hanno condotto alla scoperta di un'arma potentissima contro lo shock chirurgico.

Quando uno scienziato studia la Natura a scopo di conoscenza pura, chi può prevedere fino a qual punto arriveranno le applicazioni future? Ogni vero deve da ultimo sempre portare risultati pratici.

In questo articolo consideriamo tre argomenti, in Medicina, nei quali, fatti di piccolissima importanza iniziale hanno avuto applicazioni grandiose successivamente. Lavoro importantissimo questo, per il quale andiamo realizzando l'importanza dell'infinitamente piccolo.

L'Ormone anzitutto. Fu trovata questa parola quando il Bayliss scoprì la secretina, secrezione interna del duodeno che, assorbita, stimola la secrezione pancreatica. È passata poi a significare la secrezione di una serie di organi, fino a poco tempo fa ignoti, e che oggi giuocano importanza massima nella fisiologia, nella patologia e nella clinica, le glandole endocrine. Grazie ai propri ormoni la tiroide, i surreni, il corpo pituitario, le isole di Langerhans, il corpo luteo, ecc. hanno un significato. È una sostanza che a dosi straordinariamente piccole, indosabili, produce effetti caratteristicamente appariscenti. L'adrenalina, la pituitrina, la paratiroidina a diluzioni estreme producono effetti fisiologici marcati e caratteristici. Infinitesimamente piccole quantità sono indispensabili non solo per il nostro benessere, ma per la vita stessa: cio è stato dimostrato sperimentalmente per quegli ormoni che finora la Scienza è giunta a poter sottoporre all'esame quantitativo. L'istamina, acetilderivato della colina, uno dei costituenti del nostro corpo, ecco un'altra sostanza organica che a dosi infinitesime genera effetti strapotenti. L'anafilassi è condizione fisiopatologica altresì in cui quantità infinitamente piccole, innanzi alle quali le diluzioni omiopatiche sembrano enormi, producono fenomeni giganteschi.

Quindi lo *shock*. Terribile la sua sintomatologia. E la causa? Non emorragie assai rilevanti cui si accompagnino eventualmente tessuti schiacciati e pesti, ma un veleno che si produce nella commozione dei tessuti e produce paralisi dei capillari, un veleno in quantità infinitesima che rende stagnante e appartato il sangue nel letto capillare: l'istamina. Sperimentalmente questa determina shock. Se essa sia anche nei traumatismi la causa, o l'unica causa dello shock, è questione secondaria: resta il fatto che sostanze impercettibili dànno sindromi catastrofiche: lo shock ritenuto una semplice condizione nervosa, come tante di simili forme morbose senza lesioni anatomiche grossolane, come tante lesioni che poi sono risultate dipendenti da insufficienze endocrine, è condizione tossiemica.

E finalmente *le vitamine*. Si chiamano anche fattori accessori dell'alimentazione. La loro composizione chimica? Ignota. Si possono dosare? no. Che sono? cose prossime al nulla, corpi, che in quantità estremamente piccola, sono capaci di trasformare una dieta insufficiente in una dieta nutriente. È per tale inezia che la margarina, l'olio d'ulivo non hanno le qualità ricostituenti dell'olio di fegato di merluzzo. È una tale inezia che rivoluziona oggi tutta la chimica alimentare, basata sulle calorie che non aveva saputo risolvere il problema dell'allevamento artificiale del bambino. Quale la portata di questa inezia? Grandissima finora, chi sa dove potrà giungere nell'avvenire: la carne di pesce, la carne di uccello, la carne di questo o quell'animale, la carne umana forse differiscono per un'inezia del genere. L'Empirismo lo afferma, ma è ancora empirismo, che non è da disprezzare: è risultato di passate esperienze. Esso ha affermate tante cose che poi la Scienza ha confermato. E la Scienza, quando scoprirà, forse scoprirà un'inezia, come quando ha scoperto altre inezie per altri empirismi. Ma inezie infinitamente grandi! Che inezie portentose queste della Scienza!

N. GENTILE.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI.

Il disegno di legge sulla cocaina è stato presentato in Senato, relatore Badaloni, ed ha trovato una certa opposizione nel sen. Gallini, il quale ha lamentato l'eccessiva severità delle pene, e la proibizione di applicare la sospensione della pena. Hanno risposto sostenendo la necessità di essere severi, Marchiafava, Mortara e Badaloni, mentre il ministro dell'Industria, Belotti, ha dichiarato che gli inasprimenti di legge proposti dall'Ufficio Centrale vengono tutti accettati dal Governo. Il disegno di legge è stato approvato. Daremo prossimamente ampio resoconto della relazione del professor Nicola Badaloni.

***

Sulla riforma della legge sui manicomi e gli alienati, l'on. Cazzamalli ed altri hanno presentato un ordine del giorno, in cui si chiede di sottrarre agli interessi privati i malati di mente e di costituire una Commissione, la quale entro quattro mesi predisponga gli elementi per la riforma della legge e regolamento sui manicomi ed alienati. Della Commissione debbono far parte, nei riguardi tecnico-sanitari una rappresentanza elettiva dell'Associazione nazionale fra gli alienisti, e nei riguardi amministrativi una rappresentanza delle Associazioni degli impiegati e degli infermieri dei pubblici manicomii.

***

Hanno presentato interpellanze gli on. Rocco e Federzoni per la conservazione nell'Università di Roma della Cattedra di clinica psichiatrica distinta dalla neuropatologia; l'on. Bussi sulla minacciata soppressione delle Cattedre delle patologie speciali; l'on. Casalini sulla necessaria riforma della Cassa di previdenza dei sanitari.

***

L'on. Capasso ha presentato, come conclusione di un suo discorso, il seguente ordine del giorno:

«La Camera, convinta che le gravi deficienze legislative nei riguardi della politica sanitaria, della previdenza e delle assicurazioni sociali sono causa essenziale di malessere fisico e morale delle classi lavoratrici;

convinta altresì che la difesa e la reintegrazione della salute umana e la tranquillità fisica e della psiche del lavoratore rappresentano la base vera di ogni forma di rigenerazione e ricostruzione nel Paese;

confida che il Governo, concedendo una più moderna attenzione a problemi di tanta gravità, vorrà anteporre all'approvazione del Parlamento organici provvedimenti i quali:

a) prevengano e difendano le classi lavoratrici dalle grandi malattie sociali che assiduamente debilitano ed impoveriscono la razza, riversando i loro malefici effetti sulla capacità lavorativa e quindi sulla ricchezza della Nazione;

b) semplifichino le estenuanti pratiche burocratiche ed accelerino le opere di bonifica, indirizzando precipuamente a simili lavori igienici e profilattici gli stanziamenti che si promettono per combattere la crisi della disoccupazione;

c) risolvano l'angoscioso problema della pubblica assistenza;

d) completino la monca ed imperfetta legislazione delle assicurazioni sociali, coordinandola e presentando, senza ulteriori indugi, la legge sulla assicurazione contro le malattie.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

51. Provincia di *Pisa*: Dottori: Filignesi Giuseppe, Palaia, L. 300 — Rombai Giovanni, Piombino, L. 300 — Ricci Giovanni, Pisa, L. 300 — Gargani Labindo, Pontedera, L. 300 — Gasperini Gino, Riparbella, L. 300 — Sbragia Abramo, Bagni di San Giuliano, L. 250 — Masoni Alfredo, Lari, L. 200 — Arieti Elio, Vecchiano, L. 200 — Marcacci Francesco, Volterra, L. 200 — Andreotti Marino, Bientina, L. 150 — Cepparelli Francesco, Calci, L. 150 — Del Mario Carlo, Collesalvetti, L. 150 — Maberini Giacomo, Piombino, L. 150 — Cecchi Biagio, Cecina, L. 100 — Cercignani Giuseppe, Pomarance, L. 100 — Bozzi Giulio, Consacco, L. 100.

52. Provincia di *Bari*: Dottori: Perrone Alberto, Acquaviva delle Fonti, L. 250 — Pesce Angelo, Casamassima, L. 250 — Chierico Lorenzo, Altamura, L. 250 — Nitti Luigi, Castellana, L. 250 — Moscatelli Ettore, Canosa di Puglia, L. 250 — Resta Vito, Gioia del Colle, L. 250 — Acquaviva Gian Luca, Locorotondo, L. 250 — Marotta Giovanni, Modugno, L. 250 — Pansini Pasquale, Molfetta, L. 250 — Sturni Giuseppe, Noicattero, Lire 250 — Avitto Michele, Palo del Colle, L. 250 — Ruta Michele, Ruvo di Puglia, L. 250 — Tatulli Giuseppe, Terlizzi, L. 250 — Losito Nicola, Andria, L. 100 — Erriquez Enrico, Bari, L. 100 — Abbruzzese Onofrio, Bitonto, L. 100 — Manfredi Felice, Bitritto, L. 100 — Menunni Gioacchino, Barletta, L. 100 — Giannelli Damiano, Collemare, L. 100 — Guastamacchia Luigi, Corato, L. 100 — Latone Pietro, Fasano, L. 100 — Panni Francesco, Giovinazzo, L. 100 — Giglio Bianco Michele, Gravina di Puglia, L. 100 — Servedio Giacomo, Grumo Appula, L. 100 — Barnaba Giovanni, Monopoli, L. 100 — Manzionea Nicola, Montrone, L. 100 — Bevilacqua Giuseppe, Minervino Murge, L. 100 — Niccolis Sebastiano, Noci, L. 100 — Labbate Vitantonio, Polignano a Mare, L. 100 — Riccardi Domenico, Pulignano, L. 100 — Troiano Vito, Rutigliano, L. 100 — Nitti Luigi, Sammichele, L. 100 — Mondelli Francesco, Sannicandra di Bari, Lire 100 — Santoliquido Gaetano, Spinazzola, L. 100 — Tangorra Francesco, Santeramo del Colle, Lire 100 — Troisi Salvatore, Trani, L. 100 — Diana Nicola, Toritto, L. 100.

53. Provincia di *Grosseto*: Dottori: Memmi prof. Guglielmo, Direttore Ospedale di Grosseto, L. 500 — Pier Nello Martelli, Chirurgo Ospedale di Grosseto, L. 300 — Neno Giuseppe, Uff. San., Serano, L. 350 — Papa Giuseppe, Campagnatico, L. 150 — Menoni Carlo, Gavorano, L. 150 — Frattini Tommaso, Manciano, L. 150 — Carosi Augusto, Orbetello, L. 150 — Frigenti Ernesto, Pitigliano, L. 150 — Federici Ausonio, Roccalbegna, L. 150.

54. Provincia di *Lecce*: Dottori: Pesole Michele, Sava, L. 200 — Albanese Francesco, Fragagnano, L. 200 — Palma Donato, Ceglie, L. 200 — Lupo Michele, Francavilla Fontana, L. 200 — Scoditti Samuele, Mesagne, L. 200 — Sangiovanni Raffaele, Nardò, L. 200 — Greco Pantaleo, Lizzanello, L. 100 — Primicerio Guglielmo, Casarano, L. 100 — Traversa Vincenzo, S. Marzano, L. 100 — Macchia Giuseppe, Cursi, L. 100 — De Giorgi Raffaele, Monteroni, L. 100 — Ragusa Giovanni, Grottaglie, L. 100 — Ingravalle Attilio, Maglie, L. 100 — Greco Passquale, Caprarica, Lire 100 — Ricciardi Angelo, Ginosa, L. 100 — D'Aprile Gennaro, Laterza, L. 100.

55. Provincia di *Teramo*: Dottori: Rampini Francesco, S. Ancarano, L. 100 — De Fulviis Fulvio, Arsita, L. 100 — Frattone Rocco, Bisenti, L. 100 — Di Giandomenico Giuseppe, Cappelle, L. 100 — Franchi Salvatore, Ganzano, L. 100 — Fusilli Antonio, Castellammare, L. 100 — Pandolfi Adolfo, Castiglione C., L. 100 — Martelli Ulderico, Castiglione Valle, L. 100 — De Flammineis Luigi, Catagnano, L. 100 — Pensieri Massimo, Cellino, L. 100 — Quintiliani Eugenio, Cermignano, L. 100 — Iannetti Luigi, Civita Casanova, L. 100 — Sabatini Pietro, Collecorvino, L. 100 — Cantarelli Giuseppe, Corropoli, L. 100 — Possenti Paolo, Crognaleto, L. 100 — Pacitti Alfonso, Cugnoli, L. 100 — De Benedictis Onorio, Mosciano, L. 100 — Mariotti Vincenzo, Moscufo, L. 100 — Pierangeli Vincenzo, Nocciano, L. 100 — De Fabritiis Giuseppe, Rosciano, L. 100 — Mistioni Luigi, Spoltore, L. 100 — D'Angelantonio Ferdinando, Tossiccia, L. 100.

56. Provincia di *Padova*: Dottori: Randi comm. Alessandro, Padova, L. 500 — Zambler Adelchi, Piazzola sul Brenta, L. 300 — Gamba Ugo, Vigonza, L. 250 — Lorenzoni Antonio, Pieve di Sacco, L. 150 — Scattoni Giovanni, S. Giorgio in Bosco, L. 150 — Zambelli Giovanni, Albignasego, L. 100 — Pirazzo Umberto, Campodarsego, L. 100 — Mazzarotto Giuseppe, Cittadella, L. 100 — De Franceschi Eugenio, Grantorto, L. 100 — Venturini Bernardo, Legnano, L. 100 — Boggian Vittorio, Loraggia, L. 100 — Fantelli Antonio, Megliadino S. Vitale, L. 100 — Zeni Stefano, Monfelice, L. 100 — Pagnacco Domenico, Piombino Dese, Lire 100 — Penada Ginolfo, S. Giorgio delle Pertiche, L. 100 — Visonà Guido, S. Martino Lupari, L. 100 — D'Agosto Luigi, Tombolo, L. 100 — Duenoche Giulio, Trebaseleghe, L. 100 — Genta Giulio, Villa Estense, L. 100.

57. Provincia di *Modena*: Dottori: Boccolari cav. prof. Antonio, Modena, L. 400 — Merighi Mario, Mirandola, L. 350 — Paltrinieri Edgardo, Carpi, L. 350 — Cariani Eduardo, Vignola, L. 350 — Facchini Carlo, Concordia, L. 250 — Ricci Francesco, Nonantola, L. 250 — Bizziocchi Paolo, Ravarino, L. 250 — Gambigliani Zoccoli Luigi, Formigine, L. 250 — Minni Carlo, medico aggiunto dell'Uff. d'Igiene di Modena, L. 200 — Manzini Giuseppe, Fiorano, L. 150 — Orsolato Gaetano, S. Possidonio, L. 150 — Koerier Giacomo, Bomporto, L. 150 — Mussi Giuseppe, Camposanto, Lire 150 — Berti G. Battista, Prignano, L. 150 — Pelloni Luigi, Marano, L. 150 — Simonini Leandro, Castelvetro, L. 150 — Rossi G. Battista, Soliera, L. 150 — Schiavolin Antonio, Soliera, L. 150 — Crespolani Erminio, Spilamberto, L. 150 — Panini Guido, Labor. bacter. Munic. di Modena, L. 150 — Sarti Carlo, id. id. id., L. 150 — Muzzarelli Attilio, med. cond., Modena, L. 100 — Corfini Carlo, id. id., L. 100 — Vanni Pietro, id. id. id., L. 100 — Gazzotti Arturo, id. id. id., L. 100.

CONCORSI.

ACCIANO (*Aquila*). — Abitanti 2367. Scadenza 9 settembre. Stipendio L. 6000 per la cura dei primi 1500 poveri; L. 5 annue per ogni pov. in più; lire 2000 per cav. obblig.; L. 500 se verrà affidato l'incarico di uff. san. Documenti di rito.

ACQUASPARTA (*Perugia*). — Scad. 31 agosto. Due posti di medico-chirurgo. Stip. L. 6000 ed indennità c.-v. Oltre i 1000 poveri, L. 2 in più per ogni iscritto nell'elenco. Vengono altresì corrisposte le seguenti indennità: L. 1000 annue qualora il numero degli abbienti obbligati al pagamento della cura medico-chirurgica sia inferiore a 300; L. 2000 per disagiato servizio e L. 3000 per la cavalcatura.

ARSIÈ (*Belluno*). — Scad. 25 agosto. Stip. L. 6000 per il servizio poveri, L. 2 ogni povero superiore ai mille, L. 900 uff. sanit., doppia indenn. caro-viv. di legge e indenn. di trasporto che sarà di L. 3500, 2800 o 1000 a seconda dei mezzi adoperati. (Abit. 10,000 circa, sup. kmq. 330). Documenti di rito, compreso lo stato di famiglia.

BAGNOLO S. VITO (*Mantova*). — Scadenza 31 ag. Condotta del terzo reparto, che comprende la frazione di Correggio Micheli. Popolazione 1500, di cui 400 poveri. Stipendio L. 6750 lorde, aumentabili di un decimo per cinque quadrienni; caro-viv. di legge; L. 1250 indennità cavalcatura non necessaria trattandosi di condotta poco estesa. Il Comune provvede l'assicurazione (40,000 per morte o invalidità permanente: 20 al giorno per inabilità temporanea). Facilitazioni per la pensione, nel senso di applicare la legge 21 febbraio 1895 sulle pensioni degli impiegati dello Stato, dietro corresponsione, da parte del medico, del 2 % dello stipendio; computo degli anni universitari.

BELLEGRA (*Roma*). — Scad. 31 agosto. Medico condotto per i poveri. Stip. L. 7000 annue, L. 300 come ufficiale sanitario oltre le indennità c.-v. come per legge. Documenti di rito e certificato di iscrizione all'Ordine dei medici. I certificati debbono essere tutti legalizzati e di data non anteriore a sei mesi al 20 luglio.

CARLOFORTE (*Cagliari*). — Scad. 31 agosto. Cond. residenz., stipendio L. 6600, senza le due indennità caro-viv. Lo stipendio sarà aumentato di un decimo per ogni quinquennio e per quattro quinquenni consecutivi e sarà corrisposto al lordo delle imposte di R. M. e per pensione.

CASTELLAMMARE ADRIATICO (*Teramo*). — Scadenza 30 agosto. Concorso alla prima Zona della Città. Stipendio 4500 per i poveri, più 1500 per indennità cavalcatura, oltre caro-viveri. Sito ameno. Centro balneare di primo ordine.

CASTIGLIONE D'ASTI (*Alessandria*). — Condotta medica residenziale per i soli poveri. Stip. L. 4000, oltre L. 500 quale uff. san.; L. 1200 pel c.-v. e L. 500 pel mezzo trasp. Scadenza 31 agosto.

CINIGIANO (*Grosseto*). — Cercasi per frazione di questo Comune medico interino per mancanza titolare; condotta residenziale, stipendio da convenirsi. Per informazioni rivolgersi all'Ufficio Comunale.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Scadenza 15 sett. Due condotte residenziali rurali per Lerchi e San Majano, con residenza rispettivamente a Città di

Castello e San Majano. Obbligo di cura per i poveri. Stipendio L. 6000 lorde (aumentabili di un decimo per tre quinquenni) per i primi 1000 poveri: oltre tal numero L. 2 annue per ogni inscritto nell'elenco. Se gli abbienti sono in numero inferiore a 300, si corrisponde indennità di L. 1000 e di 2000 se gli abbienti sono meno di 100. Per i meno abbienti si applica una tariffa di favore della metà di quella stabilita nell'Umbria per gli abbienti. Indennità di cavalcatura L. 3600; doppio caro-viv. Documenti di rito (data non anteriore a 3 mesi dal 27 luglio) compreso l'iscrizione in un Ordine dei sanitari.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e stabilimenti riuniti.* — Concorso per titoli ed esami ad Aiuto del turno medico pediatrico presso l'ospedale Meyer. Documenti di rito con data posteriore al 27 luglio. Non meno di quattro anni di laurea e di un anno di servizio effettivo con nomina regolare presso pubblici Ospedali od Istituti clinici; età non superiore ai 36 anni. Obbligo del servizio di guardia. Nomina per un biennio ed eventuale conferma per un altro. Stipendio L. 5250 oltre indennità caro-viveri. Scadenza ore 18 del 31 agosto.

FOLIGNO (*Perugia*). — Scad. 1° settembre. Tre posti di medico chirurgo condotto per le condotte rurali di Annifo, Capodacqua e Scopoli. Stipendio L. 6000 più L. 2400 per cavalcatura e tre aumenti quinquennali del decimo. Inoltre al medico chir. della condotta di Annifo competono L. 1000 annue per indenn. disag. residenza e l'abitazione.

GARGNANO (*Lago di Garda - Brescia*). — Scad. 31 agosto. Condotta montana con 1360 abit. di cui 800 poveri. Stipendio 8000 oltre 200 per i poveri in eccedenza ai 500; indennità trasferta 2000; caroviveri 2400; cinque aumenti quinquennali di 550. Certificati di rito, con data non anteriore al 1° giugno. A parità di merito, preferenza ad invalidi di guerra, orfani di guerra decorati, chi prestò maggior servizio in zona di guerra, e chi prestò maggior servizio nelle pubbliche Amministrazioni.

IRSINA (*Potenza*). — Condotta medico-chirurgica per i poveri. Stipendio L. 3000 fino a 300 poveri; addizionale di L. 10 per ogni povero in più, oltre le indennità c.-v. Scadenza 31 agosto. Età non superiore anni 45.

NEMBRO (*Bergamo*). — Scad. 25 agosto. Medico condotto per la cura dei poveri. Stip. L. 6500 fino a mille poveri, L. 250 per ogni centinaio di poveri oltre il primo migliaio e fino a 2000, L. 350 per ogni centinaio di poveri aggiunto oltre i 2000 e fino a 4000, oltre la prima e seconda inden. c.-v.

ORTONA DE' MARSI (*Aquila*). — Scad. 25 agosto. Seconda condotta, stip. L. 6000 per i soli poveri. L. 2500 indenn. cavalc. e disagiato servizio; se nominato uff. sanitario L. 500. Resid. capoluogo.

PROSSEDI (*Roma*). — Scad. 31 agosto. Medico-chirurgo condotto. Stip. L. 7000 fino a 1500 poveri e L. 1.50 per ogni povero in più, oltre le indennità c.-v. concesse agli impiegati dello Stato, L. 500 per disagiata residenza, L. 300 per la carica di Ufficiale Sanitario, L. 800 per rimborso spese di cavalcatura e 3 aumenti quinquennali del decimo.

SANGIUSTINO (*Perugia*). — Scadenza 31 agosto. Medico-chirurgo per la cond. res. di Selci-Lama. Stip. L. 6000 per mille pov. oltre le due ind. c.-v. di cui ai Decreti 9 marzo 1919 e 3 giugno 1920. Per un numero sup. di pov. lire due annue per ogni iscritto in più oltre i mille. Ind. di res. pov. lire 1000. Tre aum. quinq. di un decimo. Mezzo di trasp. totalmente a carico del Comune. Assic. contro gli infortuni a carico del Comune. Il concorso effettuasi in base a capit. tipo, approvato dal Consiglio sanitario provinciale e dall'Ordine dei medici. Popolazione della condotta ab. 3500. Res. Lama, sulla linea ferroviaria Arezzo-Fossato (Stazione Lama) a sette km. da Città di Castello.

SULMONA (*Aquila*). — *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; L. 3500 lorde. Scad. 31 agosto. Servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina. Chiedere annunzio e disposizioni del regolamento alla Segreteria della Casa Santa dell'Annunziata in Sulmona.

TOLFA (*Roma*). — Scadenza 5 settembre. Condotta residenziale. Concorso per un chirurgo e per un secondo medico-chirurgo con prevalenza del servizio medico. Stipendio L. 7000 per i primi 2000 pov., con aumenti di 1/20 per ogni biennio (10 bienni), addizionale di L. 1.50 per ogni pov. in più. L. 2500 per servizio ospitaliero e di ambulatorio; L. 500 per indennità di alloggio e servizio ambulatorio per i poveri; L. 400 per chi sarà nominato uff. san. Caro-viveri di legge. Oltre il congedo annuale di 30 giorni frazionabili, il sanitario potrà godere di un altro mese di congedo, a stipendio intero, a scopo di studio. Documenti di rito, compresa l'iscrizione all'Ordine; data non anteriore di 3 mesi dal 5 agosto. Numero dei poveri 2900, il rimanente diviso in abbienti e semiabbienti. Il Comune trovasi a km. 22 dalla Stazione di Civitavecchia e di 23 da quella di Manziana.

TORRE DE' BUSI (*Bergamo*). — L. 6500 per 1000 pov.; 2300 ab.; uff. san. L. 500; mezzi trasp. L. 500; indennità disag. resid. L. 1500; doppio caro-viv. Scadenza 31 agosto.

TRIESTE. *Municipio.* — A tutto 31 agosto tre posti di medici capi-reparto dell'Ufficio d'igiene. Stipendio fondamentale L. 12.000; sussidio alloggio L. 1200; aggiunta di funzione non inferiore a lire 3000 e non superiore a L. 6000, da fissarsi dopo la nomina; indennità caro-viv. Un quadriennio di carriera di L. 1800 e due di L. 1500. Età massima 40 anni. Per altre informazioni confrontare il fasc. 31.

TRIPOLI. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele III.* — Direttore; L. 8000 aumentabili, L. 4000 indenn. residenza, L. 3000 carica, c.-v.; età limite 50; escluso esercizio profess. Assistente di chirurgia; lire 4000 aumentab.; L. 3000 residenza, c.-v.; età limite 40. Nomine biennali. Scad. 1 settembre.

SANREMO. *Kurkaus.* — Cercansi primo e secondo assistente. Esigesi perfetta conoscenza delle lingue inglese, francese, tedesca ed una fondata coltura in patologia medica. Alloggio e vitto gratuiti nel Kurkaus; stipendio L. 8000 per il primo assistente, 6000 per il secondo. Il Kurkaus è aperto dall'ottobre al maggio. Rivolgersi con serie referenze al Direttore medico del Kurkaus, prof. Giovanni Galli.

R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti.

Concorsi a premio proclamati nell'adunanza del 26 giugno 1921:

PREMIO DI FONDAZIONE BALBI-VALIER *per il progresso delle Scienze mediche e chirurgiche.* — Sarà conferito un premio d'italiane lire 6000 all'italiano che avrà fatto progredire nel biennio 1920-1921 le scienze mediche e chirurgiche, sia colla invenzione di qualche istrumento o di qualche ritrovato, che valga a lenire le umane sofferenze, sia pubblicando qualche opera di sommo pregio.

Il premio è fuori concorso e non può essere conferito ai membri del R. Istituto Veneto. Scadenza 31 dicembre 1921.

PREMIO DI FONDAZIONE ANGELO MINICH. Triennio 1919-1921. — Portare un notevole nuovo contributo alla fisiologia dei vasi sanguiferi. Il concorso resta aperto a tutto il 31 dicembre 1921. Il premio è di lire 10.000. — Discipline relative a questo premio di fondazione Minich: Al concorso non possono partecipare che Italiani, e vi sono ammessi pure i soci corrispondenti del R. Istituto. Le Memorie dovranno essere scritte in lingua italiana. Le altre discipline inerenti alle modalità di questo concorso sono comuni a quelle dei concorsi di Fondazione Querini e di Fondazione Cavalli.

PREMIO ANGELO MINICH. Triennio 1920-1922, riproposto nell'adunanza del 13 maggio 1920. — È aperto un concorso, *riservato ai soli cittadini italiani,* per i migliori apparecchi artificiali originali, od anche, se già conosciuti o in uso, notevolmente modificati o perfezionati, atti a rendere meno gravi le condizioni dei mutilati. Il concorso rimane aperto a tutto il 31 dicembre 1922. Al premio di lire *diecimila* assegnato dal R. Istituto, sono aggiunte altre lire *cinquemila,* per generosa oblazione del benemerito cittadino americano R. L. Cottenet. Il premio quindi risulta di lire 15.000.

NOTIZIE DIVERSE.

Il consumo del pane popolare.

È noto che sono a disposizione del consumatore due forme di pane, sempre fatto con la stessa farina all'80 %: la forma popolare di gr. 400 in vendita a L. 1.40 il kg. e la forma comune, non oltre 200 g. in vendita a L. 2, con una differenza quindi di L. 0.60 al kg., la quale permane anche con gli attuali prezzi leggermente inaspriti. Ora risulta da statistiche del Comune di Milano (che danno cifre analoghe a quelle di altri centri italiani), che il consumo del pane popolare è abbastanza basso; solo il 29 % circa della popolazione ne fa uso; il rimanente 71 % preferisce, ed ha quindi la possibilità di pagare, la non lieve differenza di prezzo. Fra i rioni centrali ad alto reddito e quelli periferici, che figurano come i più poveri, con un reddito ragguagliabile ad un quarto del primo, non vi è quasi differenza nel consumo del pane popolare, ciò che significa che, in linea generale, non si osserva diversità fra le varie classi nel consumo del pane popolare.

Il calmiere sulle operazioni chirurgiche.

La direzione dell'Ospedale John Hopkin di New York ha deliberato di ridurre ad un limite massimo di 250 sterline *(sic)* il costo di un'operazione chirurgica. La decisione sarebbe stata occasionata dall'eccessiva avidità di alcuni chirurghi, che prima di procedere ad una operazione si informano del reddito del paziente e chiedono un onorario equivalente al 12 % del reddito stesso. La maggior parte invece ha adottato due tariffe: una per i ricchi, l'altra per i poveri. Comunque, la deliberazione dell'Ospedale Hopkin ha suscitato vive proteste.

La crisi ospitaliera di Milano.

Da diversi anni, l'Ospedale Maggiore di Milano si trova in condizioni finanziarie non molto floride col bilancio, sempre in disavanzo. La situazione dei prezzi, verificatasi dopo la guerra per cui la retta è aumentata da L. 2 a L. 20, ha precipitato la crisi; l'Ospedale ha bensì 37 milioni di crediti presso i diversi Comuni, che però a loro volta pagano in misura assai scarsa, a cominciare dal Comune stesso di Milano, che ha un debito di 8 milioni e non dà che acconti a spizzico. La situazione è disperata tanto che certe spese vengono fatte, si può dire, alla giornata: così il carbone viene acquistato di otto in otto giorni. Il convegno dei fornitori ha fissato al 10 agosto l'ultimo termine per le somministrazioni, ciò che significherebbe la chiusura forzata di un Ospedale, che serve 650 Comuni con 3 milioni di abitanti ed ospita 3-4000 ammalati. Di tale stato di cose è stato informato il Governo, chiedendo un immediato anticipo di 5 milioni.

La produzione del radio.

Gli Stati Uniti sono i maggiori produttori di radio; alla fine del 1918 essi avevano ottenuto 55 grammi di questa preziosa sostanza, estratta dai minerali di uraniovanadio, molto abbondante in America. Prima della guerra una fabbrica francese aveva prodotto in 5 anni 27 gr. di questa sostanza a 700.000 franchi il grammo. A Madagascar ed al Tonkino esistono dei materiali radioattivi che saranno tosto trasportati in Francia per aumentare la produzione del radio. Nel 1918, il Portogallo ha ottenuto 5 grammi di questo prodotto.

Il Consiglio municipale di Parigi ha preso la decisione di acquistare due grammi di radio, che costeranno due milioni e mezzo.

Col grammo di radio offerto da un Comitato di signore americane alla signora Curie, Parigi sarà una delle città che avrà a sua disposizione i mezzi più abbondanti per combattere il cancro, che anche colà va aumentando di continuo, tanto che da 307 decessi nel 1910 si è saliti a 3619 nel 1919.

L'Istituto Elioterapico "A. Codivilla,,.

Ad onorare la memoria di Alessandro Codivilla, un gruppo di discepoli, amici ed estimatori dell'illustre clinico deliberò di raccogliere, per pubblica sottoscrizione, i fondi necessari all'istituzione in Bologna di un'opera sanitaria che perpetuasse il suo nome e che realizzasse degnamente

una delle maggiori idealità scientifiche ed umanitarie che la mente di A. Codivilla con amore coltivava.

La spesa di acquisto dello stabile ed annessi è stata assunta dall'Istituto Rizzoli. Per le spese di adattamento si è provvisto con operazione di mutuo colla Cassa Depositi e Prestiti. La Direzione tecnica del futuro Sanatorio sarà assunta dall'Istituto Rizzoli.

L'Istituto Codivilla è capace di cento letti; la maggior parte sarà occupata da malati poveri, sia adulti che bambini, del Comune e della Provincia di Bologna; alcuni saranno messi a disposizione di malati poveri dell'Ampezzano, altri accoglieranno malati a pagamento.

L'Istituto rimarrà aperto tutto l'anno ed avrà annesso un ambulatorio per malattie ortopediche, un completo impianto radiografico, un reparto chirurgico, gabinetti per indagini cliniche ed un piccolo osservatorio per la raccolta delle statistiche meteorologiche.

L'assistenza sanitaria sarà affidata a due medici residenti, scelti fra il personale specializzato dell'Istituto Rizzoli, mentre il personale per l'assistenza diretta sarà reclutato in Cortina d'Ampezzo.

Nella stampa medica.

Il lussuoso giornale medico spagnuolo *Plus ultra*, che usciva in edizione magnifica, riccamente illustrato, cessa le sue pubblicazioni, dopo tre anni di vita. L'amministratore informa che è costretto a questo passo dal costo della carta e della mano d'opera.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Berliner Klinische Wochenschrift. 11 luglio. — O. LUBARSCH. Genesi dell'ittero. — UNVERRICHT. Movimento paradosso del diaframma. — A. ALEXANDER. Stitichezza larvata e tossiemia intestinale.

Zentralblatt für innere Medizin, 16 luglio. — P. ENGELEN. La pressione arteriosa dopo ingestione di alcool.

Wiener Klinische Wochenschrift, 14 luglio. — G. LOTTHEISEN. Stenosi dei dotti salivari.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 16 giugno. — I. CIVALLERI. Presenza nel siero di alcuni malarici di sostanze contrastanti l'emolisi.

The Journal of the American Medical Association, 2 luglio. — J. E. MOORE. La neurosifilide familiale. — T. B. BARRINGER. Sul trattamento delle cardiopatie con l'esercizio.

Rivista critica di Clinica Medica, 15 luglio. — A. FURNO. Le sindromi del corpo striato postume all'encefalite epidemica.

La Stomatologia, maggio. — S. PALAZZI. Complicazioni gravi da carie dentale.

La Riforma Medica, 16 luglio. — O. CIGNOZZI. La coxopsoite nella febbre maltese, simulante la tubercolosi dell'anca. — P. DE TOMMASI. Sclerosi multipla residuale ad encefalomielite influenzale. — L. MASCIANGIOLI. Il solfuro di carbonio nella polmonite fibrinosa.

Pensiero Medico, 2 luglio. — S. TORNATOLA. La cataratta; nuovo metodo operativo e vecchi ammaestramenti.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXVIII Roma, 29 Agosto 1921 Fasc. 35

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. V. ASCOLI.

Sul singhiozzo epidemico.

Ricerche sperimentali e note critiche.

Prof. dott. TOMMASO PONTANO, aiuto,
e dott. ENRICO TRENTI, assistente.

Verso la fine del 1919 in Austria prima, poi in Italia, attirò l'attenzione dei medici una strana affezione di breve durata, caratterizzata da singhiozzo ostinato ed invincibile.

Economo a Vienna, Micheli, Pisani a Firenze, Cardarelli e noi a Roma, e poco dopo Stahelin in Svizzera, fecero osservazioni identiche. Non passarono pochi mesi, che anche in Francia, a Parigi, era segnalata da Dufour e da Bernard, ecc., in Svizzera da Gautier, la comparsa della stessa affezione: essa dunque era rapidamente insorta, aveva avuto fugace ma larga diffusione, aveva presentato i medesimi caratteri clinici, e, mentre la discussione sorgeva già vivace circa la sua natura, per consenso unanime era denominata « Singhiozzo epidemico ».

IL QUADRO CLINICO DEL SINGHIOZZO EPIDEMICO.

Prima di esporre il piano di ricerche, da noi eseguite, per penetrare nella natura della malattia, ricordiamo brevemente le note cliniche, che avemmo occasione di rilevare sui nostri malati (una ventina in tutto), di cui solo

quattro sotto la diretta osservazione, ricoverati nella Clinica Medica: la malattia spesso aveva decorso così fugace ed impressionava così poco i malati, che essi stessi ricorrevano più al farmacista che al medico, per avere qualche rimedio utile.

Nella nostra esperienza la malattia non ha avuto un periodo prodromico: in perfetta salute, e il più delle volte dopo il pranzo, improvvisamente, insorgeva il singhiozzo. Gli ammalati, delle più varie classi sociali (tre medici, un frate, gli altri operai, tipografi, falegnami, contadini, un portiere) tutti di sesso maschile, narravano di aver mangiato, in misura normale, e cibi i più svariati. Il singhiozzo assumeva fisionomia uniforme, ma variabile per intensità: qualcuno aveva dovuto interrompere il lavoro, qualcuno aveva continuato nelle sue occupazioni suscitando l'ilarità dei compagni. Singhiozzo ora modico ora intenso, che ad ogni colpo scuoteva il corpo del malato, talora rumoroso, da essere ascoltato a distanza, con ritmo vario. In qualche caso due o tre colpi al minuto, monotonamente continuantisi giorno e notte; in qualche caso a ritmo più largo, ogni due o tre minuti, in altri insorgente ad accessi di colpi ripetuti e ravvicinati, con tregue più o meno lunghe di riposo. In alcuni malati il singhiozzo non cessava durante i pasti, impediva il sonno, provocava il vomito: sono questi i casi più gravi, che si associavano a disturbi dello stato generale; nella maggior parte invece il singhiozzo aveva una tregua durante i pasti, riprendeva subito dopo; si attenuava in decubito supino, cessava durante il sonno, per riprendere il suo ritmo monotono appena l'ammalato si svegliava. Così come improvvisamente insorgeva, improvvisamente cessava: in qualche caso il ritmo diveniva più lento o gli accessi si facevano più rari, fino a cessare lentamente, quasi per lisi.

D'ordinario il singhiozzo epidemico ha avuto inizio e decorso apirettico: non sono mancati però i casi di nostra osservazione nei quali si è accompagnata modica elevazione febbrile (fino a 38°, 38°.5), della durata di pochi giorni, esauritasi contemporaneamente col sintoma singhiozzo, caratterizzata da remissioni e interrotta da modiche sensazioni di freddo. Dopo il primo giorno i malati si mostravano infastiditi, spesso stanchi e spossati da questo continuo sussulto dei muscoli addominali, del diaframma, del torace, del collo, accusavano dolore alla base del torace, spossatezza generale. Quelli che avevano vomito e impossibilità di riposare, dopo due o tre giorni mostravano sul volto segni della sofferenza: occhi infossati, dimagramento piuttosto sensibile. Nessun altro disturbo dello stato generale. La durata della malattia è stata breve: una media di tre o quattro giorni, con un minimo di mezza giornata ed un massimo di undici giorni. La malattia è guarita in tutti i nostri casi senza lasciare traccia, se si eccettui una modica astenia di durata variabile (in un medico di un mese circa), non si è complicata a nessuna altra malattia, a nessuna altra affezione di organi od apparati. L'esame dei nostri malati era molto povero di dati obbiettivi, in diretto rapporto con la malattia in atto: abbiamo notato quasi costantemente un arrossamento del faringe, talora leggero edema degli archi palatini e dell'ugola con iniezione ben visibile dei capillari; a tale stato anatomico corrispondeva, non sempre, una sensazione di arsura e talora bruciore alla gola. Non segni di bronchite, l'esame dell'apparato cardiovascolare negativo; frequente la bradicardia. Non tumore di milza, nè ingrandimento del fegato, la diuresi normale, non albuminuria, nè alterazioni patologiche all'esame del sedimento. L'esame del sistema nervoso negativo; in qualche caso modica dolenzia dei punti frenici al collo. Il liquor cerebro-spinale, nei casi in cui l'esame fu praticato (2 casi), normale per pressione, per colorito, normale allo esame chimico, negativo l'esame microscopico del sedimento.

La *diagnosi* della malattia ha avuto fondamento sulla presenza del singhiozzo insistente e ribelle ad ogni terapia, nella mancanza di alterazioni morbose, che potesero spiegare l'insorgenza del sintoma singhiozzo. Certo il dato epidemiologico ha facilitato la nostra diagnosi; l'esserne colpiti soggetti di età anche avanzata, l'esserne risparmiato il sesso femminile, non avere constatato il contagio psichico nella comunione di malati ricoverati in clinica, averlo visto insorgere anzi in individui che nessuna comunione psichica avevano, spesso in soggetti che non avevano mai avuto nozione che la strana affezione esistesse, l'accompagnarsi qualche volta a febbre, la resistenza a qualunque mezzo terapeutico, sia medicamentoso che psichico, ci fecero escludere la possibilità del singhiozzo isterico, che si propagasse per contagio psichico. Nell'assenza di qualsiasi dato anatomico o etiologico, in base al segno predominante e all'insorgenza epidemica, sebbene, come vedremo, i legami tra caso e caso non erano facilmente accertabili, anche noi, prima di avere nozione della denominazione oggi accettata, scrivemmo sulle schede, conservate nell'archivio della clinica, la diagnosi di «singhiozzo epidemico».

Il quadro clinico da noi brevemente abbozzato ha perfetta corrispondenza con quello ri-

ferito da altri in Italia. Così la descrizione di Pisani, così le brevi notizie che ci dà Micheli non si allontanano dalle nostre osservazioni.

Il singhiozzo epidemico, anche nella loro esperienza, è stato una malattia in generale fugace, di nessuna importanza per l'avvenire del malato; la guarigione completa è stato l'esito di quasi tutti i casi. Pisani ricorda che la malattia ha colpito solo gli uomini, ed in questo si accorda con quanto noi abbiamo osservato. Micheli in due casi, ad un vero singhiozzo spasmodico vide seguire, dopo poco tempo, le manifestazioni miocloniche e i classici sintomi della polioencefalite.

Non si distacca dalla sindrome da noi abbozzata quella comunicata da Dufour, da Bernard, da Gautier, da Sicard, da Logre e Heuyer, da Rivet e Lipschitz, sia nelle linee generali, sia nei dettagli della maggior parte dei casi osservati. Per casi *eccezionali* v'ha qualche differenza di decorso, o sono notate coincidenze che costituiscono uno degli elementi fondamentali su cui si basano vedute patogenetiche e etiologiche sulla malattia. Cito i fatti più interessanti.

Per il decorso qualcuno ricorda casi fulminanti con esito letale: Courtois-Suffit vide un malato con singhiozzo febbrile, morto in compendio in 48 ore, non si ha notizia dell'autopsia; il caso è l'unico ancora in tutta la letteratura medica, che presenti tale carattere di malattia fulmineamente letale. Circa l'inizio, Logre e Heuyer hanno osservato che precede all'insorgenza del singhiozzo uno stato grippale, della durata di 24-48 ore; in questa affermazione essi sono in contrasto però con l'osservazione dei più, per i quali il singhiozzo sorge senza stadio prodromico in perfetta salute come sintoma iniziale dell'affezione. Lafosse in 15 casi vide leggero catarro oculo-nasale e qualche dist. intestinale. Il decorso della malattia d'ordinario apirettico, qualche volta con modica febbre, è stato eccezionalmente lungo e si è associato talora a febbre più elevata fino a 39° (Netter). Economo ha veduto in un caso la malattia prolungarsi per la durata di un mese, mentre l'ordinaria durata, secondo la generalità degli osservatori, è di 3-4 giorni, al massimo di una diecina di giorni. (Sicard, Logre, Dufour, Bernard, Micheli, Pisani, Landi, ecc.).

Sicard ricorda il singhiozzo epidemico, in 3 casi di sua osservazione, complicarsi con gravi sindromi nervose; in un malato di 40 anni dopo una emiplegia a distanza di 3 settimane singhiozzo e mioclonie; in un secondo malato, di 50 anni, al terzo giorno di un singhiozzo, emiplegia; in un terzo di 65 anni, al terzo giorno di un singhiozzo, emiplegia e poi lo sviluppo di una encefalite con qualche mioclonia. Nell'esperienza di Rivet e Lipschitz, su 30 casi, uno solo evolve, dopo una ventina di giorni, come encefalite epidemica e gli altri guariscono perfettamente in pochi giorni. Kahn, Barbier e Bertrand, in un caso con monoplegia, videro insorgere singhiozzo a distanza di una settimana e, con mioclonie manifeste, l'amlato morì. Dufour, Bernard videro infine il singhiozzo complicarsi a manifestazioni miocloniche in un malato che, in uno stato di profondo torpore, venne a morte.

Tutte queste osservazioni che, bisogna ben notare, costituiscono nell'esperienza di ciascun autore *delle eccezioni*, messe assieme pongono dei problemi la cui risoluzione è di grande valore per l'epidemiologia e per il medico pratico. È il singhiozzo epidemico una malattia a sè, o la sua figura clinica inquadra invece una forma larvata o abortiva di malattie più gravi, di cui essa può essere l'unica espressione o un puro episodio? D'altra parte se il singhiozzo epidemico libero da legami con malattie note, acquista dignità propria, quale la sua natura, quale l'agente etiologico, e quale l'eventuale sede anatomica?

A tutti questi problemi forse lo stato attuale delle conoscenze non concede risposte esaurienti, ma, prima di esporre le opinioni più accreditate e di farne l'esame critico, crediamo utile riportare, in breve sunto, le ricerche, che noi iniziammo subito, al primo insorgere della strana affezione, per delucidare l'eventuale carattere infettivo della malattia.

RICERCHE PERSONALI.

Le nostre ricerche vertono su quattro malati di singhiozzo epidemico, in giornata differente di malattia, e su dodici soggetti indenni. Poichè nella nostra esperienza il singhiozzo epidemico era apparso come l'espressione di un fatto tossiinfettivo talora febbrile, a carattere epidemico, e poichè l'affezione, in tutte le osservazioni nostre, si era dimostrata priva di qualsiasi nota di gravità e di qualsiasi complicazione, noi pensammo di potere utilizzare l'uomo stesso, per mettere in luce l'esistenza di un eventuale virus della malattia, tentando di riprodurla in soggetto indenne. Dodici volenterosi si assoggettarono alla prova. In tutti i casi di singhiozzo inoltre furono tentate, con tutti i mezzi a nostra disposizione, prove culturali.

Il *primo malato*, P. E., di a. 34, tipografo, entra il 19 dicembre 1919. Una settimana prima di essere accolto in clinica, fu colpito, dopo

il pasto, improvvisamente, da singhiozzo. Cessava solo nella notte, durante il sonno. Si ripeteva insistentemente al mattino, era accompagnato da vomito, da dolenzia alla base toracica e al collo. Non febbre, nessun altro disturbo.

Al suo ingresso in clinica il singhiozzo è insistente, a colpi ravvicinati, comincia però ad avere delle tregue di qualche ora. Nel giorno seguente gli accessi si fanno più rari, finchè dopo altri due giorni cessano del tutto. Un compagno di lavoro soffriva di singhiozzo prima che egli si ammalasse, e pare che un parente dell'infermo, col quale però egli aveva pochi rapporti, avesse anche sofferto di singhiozzo.

L'esame obbiettivo è completamente negativo. Si prelevano appena all'ingresso in clinica 20 cmc. di sangue, che si raccoglie in provette contenenti soluzione di ossalato e di cloruro sodico: si inoculano 10 cmc. di sangue *in toto* nel sottocutaneo di un altro soggetto, ed altri 10 cmc. di sangue filtrato per candela Berkefeld N. sotto cute ad altro soggetto. Lunga osservazione dimostrò le due inoculazioni senza effetto. Emocultura negativa. Reazione di Wassermann: negativa.

Il *secondo malato*, M. L., portiere, di anni 54, entra il 22 dicembre 1919. Tre giorni prima, dopo avere pranzato, fu colto improvvisamente da violento singhiozzo, ribelle ad ogni trattamento, che dura ancora: il singhiozzo si era associato a brividi, e talora a conati di vomito: persisteva qualche accesso di singhiozzo anche durante la notte, sicchè il sonno ne veniva disturbato. Ricorda nettamente che il primo giorno egli ha avuto un senso di calore in gola discretamente molesto. Ricoverato in Clinica, l'ammalato presenta modica febbre, che dura per altri due giorni di degenza, non supera i 38°,7. L'esame del malato offre di positivo una discreta bradicardia (60 alla radiale, e sul cuore, con 38° di temperatura), ha gli archi palatini arrossati, con i capillari iniettati; leggermente tumefatta è l'ugola. Sulla tonsilla di sinistra, che non è però tumefatta, si nota una scarsissima deposizione di essudato biancastro che si asporta facilmente. L'ammalato non ha nessun disturbo della deglutizione e della respirazione, se si eccettui tutta la molestia che gli deriva dalla continua monotona insorgenza del singhiozzo scuotente. Nulla di notevole all'esame degli organi, che sono quelli di un uomo di 54 anni; nulla all'esame del sistema nervoso. Piccola quantità di albumina con rarissimi cilindri ialini, peso sp. normale, normale pressione al Pachon. La Reazione di Wassermann negativa.

Con sangue prelevato la stessa sera del giorno d'ingresso si inoculano due soggetti indenni, uno con sangue in toto, 5 cmc., uno con sangue filtrato, 5 cmc. Inoltre si pratica un lavaggio della gola (gargarismo) con soluzione fisiologica, si raccoglie l'acqua di lavaggio, si filtra per candela Berkefeld N e si inocula nella dose di 5 cmc. ad altro soggetto sano.

L'osservazione dei soggetti inoculati è stata negativa; negativo il resultato dell'emocultura.

Il *terzo malato* è un contadino, T. G., di 64 anni, che entra in clinica il 29 dicembre 1919. Il 24 corrente, dopo il pranzo, fu colto da singhiozzo insistente. Non ha avuto vomito, non febbre la notte, in generale, ha riposato; ha potuto nutrirsi. Il singhiozzo nei giorni seguenti è comparso ad accessi più o meno distanziati. Fin dall'inizio della malattia leggero senso di calore in gola. L'esame del malato nulla di importante fa rilevare se si eccettui un modico grado di aterosclerosi senile, e di enfisema; faringe arrossato con viva iniezione dei capillari. Non febbre. Il singhiozzo persiste nel primo giorno di degenza in clinica, poi solo qualche colpo nei giorni seguenti.

L'emocultura, la reazione di Wassermann negative. 5 cmc. di sangue in toto sono inoculati sotto cute ad altro individuo; resultato negativo; 5 cmc. di sangue filtrato per candela Berkefeld N. sono iniettati sotto cute ad altro individuo sano. Resultato negativo.

5 cmc. di liquido cerebro spinale sono iniettati sotto cute ad altro individuo, con resultato negativo; 5 cmc. di liquido di lavaggio boccale, filtrato per Berkefeld N sono inoculati sotto cute di individuo sano; resultato negativo.

Il *quarto malato* entra in Clinica nell'ultimo giorno di malattia, cioè nell'11° dacchè il singhiozzo s'era iniziato. È un contadino di 59 anni, E... G...

Il singhiozzo insorse improvvisamente dopo il pasto ed ha continuato giorno e notte, associato a vomito e a conati di vomito. Non febbre.

L'esame è negativo; solo si nota una ripercussione sullo stato generale della sofferenza dei giorni passati. L'emocultura e la reazione di Wassermann sono negative. 5 cmc. di sangue *in toto* sono inoculati nel sottocutaneo di soggetto indenne, resultato negativo. 5 cmc. di sangue, filtrato per candela Berkefeld N. sono inoculati sotto cute di soggetto indenne; resultato negativo. 5 cmc. di acqua di lavaggio faringeo, filtrato per candela Berkefeld N sono inoculati sotto cute di soggetto indenne e anche questa volta il resultato è negativo.

Riassumendo in breve le nostre ricerche ed i resultati ottenuti, noi abbiamo cercato di riprodurre nell'uomo la sindrome clinica del singhiozzo epidemico: allo scopo ci siamo serviti di quattro malati di singhiozzo epidemico, con esame negativo per altre affezioni e con reazione di Wassermann negativa; abbiamo inoculato sangue in toto, e sangue filtrato per Berkefeld N, liquor di fresco estratto, e filtrato per candela Berkefeld dell'acqua di lavaggio del faringe. I soggetti indenni, che si sono prestati alla nostra indagine, sono stati in numero di 12. Si trattava di degenti in clinica per le più svariate affezioni croniche. Nessun inconveniente inerente alle nostre inoculazioni: solo il filtrato dell'acqua di lavaggio faringeo provocava vivo dolore locale, della durata di qualche ora, e arrossamento transitorio della parte. Nessuno dei soggetti inoculati, tenuti in osservazione per un periodo medio di un mese, qualcuno anche per più di un mese, ha avuto febbre; nessuno ha presentato fenomeni morbosi che potessero rife-

rirsi all'affezione in questione. Nè dopo essere stati dimessi dalla clinica, abbiamo avuto conoscenza di ulteriori eventuali manifestazioni morbose.

Per le vie seguite e *col materiale adoperato* noi non siamo quindi riusciti a riprodurre la malattia singhiozzo epidemico, che ai nostri occhi era apparsa come malattia da infezione ed eventualmente contagiosa: abbiamo adoperato oltre al sangue, anche il liquor, data la manifestazione a tipo nervoso con probabile sede d'origine centrale; l'acqua di lavaggio filtrata per Berkefeld N, data l'emocultura negativa per i germi comuni coltivabili, e l'esistenza invece di lieve affezione faringea, che accompagnava con una certa frequenza l'insorgenza dei primi fenomeni morbosi nel quadro della malattia. Se i resultati da noi ottenuti chiudono una strada di ricerca, essi non possono nulla escludere, nulla affermare; forse nella discussione sulla natura della malattia potranno solo in armonia con tutti gli argomenti clinici e di analogia essere utilizzati.

IL SINGHIOZZO EPIDEMICO HA LA SUA INDIVIDUALITÀ CLINICA.

Il singhiozzo è manifestazione morbosa che ha attirato da molto tempo l'attenzione dei clinici: esso infatti si incontra come sintoma delle più svariate malattie; talora è l'esponente di uno stato morboso generale o meglio ne è la manifestazione episodica monosintomatica; si incontra come sintoma predominante in affezioni epidemiche, che dal sintoma prendono il nome. Ed è necessario ricordare tutte queste eventualità, che la clinica ha già analizzato e raccolto assieme, perchè chiaro resulti il valore dei rapporti, delle coincidenze, di elementi che hanno avuto interpretazione causale.

Come *sintoma* si ha singhiozzo non infrequentemente nelle affezioni cerebrali, come emorragie con inondazione ventricolare, tubercoli cerebrali, tumori bulbo-protuberanziali; si può avere, ed è stato ricordato, nelle emorragie meningee e in generale nelle sindromi da acuta compressione encefalica, nelle compressioni bulbari e del midollo cervicale superiore, tanto che, in un caso di compressione cervicale (Dandy e Lévy-Valensi), la puntura lombare e l'evacuazione di una certa quantità di liquor bastava ad alleviare per qualche tempo la sofferenza. Stimolazioni del frenico nel suo decorso possono accompagnarsi a singhiozzo, per adenopatie, tumori, aderenze pleuriche, processi polmonari; così pure stimolazioni nelle sue terminazioni, come in occasione di processi specialmente infiammatori diaframmatici sia sotto che sopradiaframmatici, ascessi, tumori, affezioni epatiche e polmonari acute; in processi acuti peritoneali la sua presenza è la regola. Ma si può avere singhiozzo, in affezioni addominali le più diverse, sia che esista lesione del peritoneo, sia che essa manchi. Un caso di singhiozzo ostinato, ribelle a qualsiasi cura, prolungato per molti giorni, fu descritto da Heidenein in occasione di un tumore della coda del pancreas, constatato alla laparatomia esplorativa; può il singhiozzo comparire insistente nelle intossicazioni croniche, come nelle insufficienze epatiche, renali, epatorenali. Durante la convalescenza di alcune malattie tossinfettive, il singhiozzo talora sopravviene ostinato ed esasperante. Uno di noi ha ricordo di qualche caso di colera, che, durante la convalescenza, senza che vi fossero segni di irritazione peritoneale, ebbe singhiozzo scuotente ed ostinato per giornate intiere.

Ma il singhiozzo è correntemente, in tutti i trattati, descritto come una delle manifestazioni frequenti e psichicamente contagiose dell'*isteria*. Scorrendo la letteratura, specialmente del passato, si trova ogni anno ricordata l'evenienza clinica o descritta la piccola epidemia di singhiozzo di origine isterica. Concordemente i neuropatologi dànno alcune caratteristiche, le quali dovrebbero servire a distinguere il singhiozzo, espressione di lesione organica, dal singhiozzo, espressione di malattia funzionale, senza base anatomica. Oltre alla sintomatologia generale dei malati e alla presenza di stigmate isteriche, il singhiozzo si associa d'ordinario in isterici con gastralgie, per una causa lieve, qualche volta per l'ingestione di un alimento comune: è un singhiozzo rumoroso, ma, se anche dura a lungo, non determina quello stato di penosa sofferenza, che si vede negli organici o negli intossicati: predilige il sesso femminile, e, talora nelle comunità, collegi, per es., si diffonde rapidamente, per contagio psichico. Scompare con la suggestione e talora con la persuasione. Con tali caratteri i neuropatologi hanno distinto l'isterico dalle altre forme di singhiozzo; ma se si riflette con analisi critica, sulle descrizioni del passato, quando si era sotto l'influenza delle idee di Charcot, il quale aveva certo ingigantito il capitolo dell'isteria, ed in esso aveva incluso tutte quelle manifestazioni che, non chiare per loro natura, non presentavano una dimostrabile base anatomica, si intuisce come sotto il nome di singhiozzo isterico sono passati e casi sporadici di singhiozzo ostinato da causa non ben chiara ed epidemie lente e tenaci di singhiozzo, in mezzo a popolazioni

e a comunità: sulla natura di esso, sebbene un giudizio sicuro non si possa ancora dare, per mancanza di dati precisi, il dubbio però può essere avanzato.

Da tutte queste varietà di singhiozzo deve essere distinto il *singhiozzo epidemico*, che non è sintoma ma ha la sua individualità clinica.

Individualità clinica è conferita al singhiozzo epidemico da comuni caratteri che assume l'affezione, nei singoli malati, sia nell'insorgenza, sia nel decorso, sia nel declinare della forma morbosa epidemica; dalla indipendenza infine da qualsiasi malattia nota o dallo stato precedente del malato. La durata, i disturbi locali e generali di poco variabili, delimitano quasi i confini, entro i quali la entità nosologica si svolge. Non ha relitti notevoli, se si eccettui l'astenia, non ha nella maggior parte dei casi complicanze o successioni morbose. Negativa la cura, ignota la natura e gli elementi patogenetici. E si può questa specie particolare di singhiozzo, che dà nome alla malattia, ben differenziare da tutte le varietà di singhiozzo sintomatico enumerate, anche quando queste siano l'espressione quasi monosintomatica dell'affezione. Nei nostri malati, così come nei malati di altri autori, in qualunque regione le osservazioni siano avvenute, l'esame clinico degli organi anche minuto, era completamente negativo; non segni di una qualsiasi nota intossicazione, non affezioni viscerali a base del singhiozzo stesso. Nè potrebbe, come in tanti casi precedenti, essere chiamata in causa l'isteria, poichè sia nei nostri casi, come in quelli degli altri non v'erano note d'isterismo, la malattia predominava tra gli uomini e spesso tra uomini di età, i quali non avevano precedenti morbosi nervosi, risparmiava quasi il sesso femminile tanto che sia tra le nostre che tra le osservazioni di Pisani non si ritrova una sola donna; il singhiozzo senza essere rumoroso e teatrale era causa di viva sofferenza, non si dffondeva per contagio, che potesse essere sospettato come contagio psichico, poichè tra l'uno e l'altro caso, se anche si potevano rintracciare con accurato esame dei rapporti, non v'era stata comunione di abitudini, per le quali il contagio psichico più facilmente prende piede. Inoltre in parecchie osservazioni circondate da ogni garanzia, con il singhiozzo era insorta contemporaneamente la febbre modica, che aveva accompagnato lo strano disturbo, con senso di malessere e di prostrazione per tutto il decorso, e che era contemporaneamente cessata, così da far ritenere che sintomi di sofferenza generale, febbre e singhiozzo fossero esponenti di una medesima affezione morbosa.

Non solo adunque il quadro clinico uniforme ed indipendente da affezioni a noi note stabiliva l'*individualità clinica della malattia*, ma bastava a conferire al quadro le note *di una malattia tossinfettiva* per la faringite, per la febbre, per lo stato generale, per lo stato di astenia consecutivo.

IL CARATTERE EPIDEMICO.

La sensazione di trovarsi davanti ad una malattia a carattere infettivo era ancora convalidata dal diffondersi nella stessa città, nelle regioni vicine, da una ad altra nazione. Questo propagarsi, se pure lento ed irregolare, ma con le stesse note, si può ricostruire dalle notizie fissate nella letteratura medica. Compare a Vienna nel 1919, in Italia verso la fine del '19 e primi mesi del '20, con una ripetizione coi primi rigori dell'inverno del '20 in altre città; in Francia nei primi mesi e nei successivi del 920. Nel diffondersi della curiosa affezione, che richiama l'attenzione dei medici e degli igienisti, alcuni vedono il contagio, altri sono indotti solo a sospettarlo, per la mancanza di rapporti immediati tra i vari colpiti e per la mancata diffusione in mezzo a popolazioni agglomerate. Così mentre a Pisani, come a noi stessi appare, non direttamente contagioso, Logre e Heuyer citano qualche caso in cui il contagio può a ragione essere sospettato. Se pure ad ogni modo alcune osservazioni si prestano ad essere così interpretate, nella massima parte dei casi e nel concorde concetto degli studiosi il singhiozzo epidemico non è apparso decisamente contagioso.

IL SINGHIOZZO EPIDEMICO È MALATTIA NUOVA?

Lo spunto storico sul singhiozzo epidemico non è lusso di studio, dacchè la conoscenza storica può dilucidare i rapporti eventuali con qualche malattia di recente largamente studiata, con la quale da molte fonti autorevoli suole essere messo in stretto rapporto. Trascuro le antiche piccole epidemie di singhiozzo, che qui e lì si vedono citate, trascuro i casi sporadici di singhiozzo temporaneamente ostinato, senza causa apprezzabile: di epidemie di singhiozzo ne sono citate nella letteratura e non poche. Ricordo che nel '96 il dott. Abeles, della Clinica del prof. Nothnagel, descrisse una epidemia di singhiozzo in una scuola e che i caratteri fondamentali di esso hanno una suggestiva corrispondenza col singhiozzo da noi osservato, se pure l'interpretazione dell'A. appare diversa (isteria), a malgrado della durata dell'epidemia per circa 9 mesi. Il primo accesso di singhiozzo avveniva in ge-

nerale dopo il pranzo; il singhiozzo resisteva al trattamento comune.

Altra epidemia di singhiozzo descrisse il dottor Berdach alla Società medica di Vienna il 1897. Su 35 allieve 16 ne furono colpite; gli spasmi cessavano durante la notte, non potevano essere soppressi dalla volontà e resistevano a tutti i trattamenti. L'A. trovava che la maggior parte dei colpiti era anemica e che due delle colpite avevano note di isterismo: ancora qui la osservazione clinica risentiva le influenze della grande scuola francese, che all'isterismo attribuiva, senza critica eccessiva, manifestazioni le più diverse e più inesplicabili. Ancora nell'89 si ha nozione di una epidemia di singhiozzo, che si diffuse largamente in un distretto della Russia, e di cui ci diede notizia Sulima.

Il singhiozzo in forma epidemica non è adunque una novità: esso ha fatto in varie regioni comparsa irregolare, ma la sua fugacità breve traccia ha lasciato nella letteratura e nella memoria degli uomini. Le terapie contro il singhiozzo ostinato si trovano però ad ogni passo largamente riportate nei giornali medici, perchè qualche caso sporadico di singhiozzo essenziale è sempre esistito e solo ogni tanto l'ondata epidemica, nè importante nè impressionante, è passata sulle popolazioni, abitanti le regioni più diverse.

Ai nostri occhi il singhiozzo epidemico non è malattia nuova; forse i casi sporadici non sono che il tenue filo, che lega l'una all'altra le brevi epidemie.

Ma dopo l'invasione epidemica influenzale e l'ondata epidemica di encefalite, che tanta dolorosa orma lascia nelle popolazioni colpite, l'attenzione dei medici è stata sollecitata a trovare rapporti e legami tra le manifestazioni morbose ritenute come nuove o rare o strane. A proposito dei rapporti tra influenza ed encefalite ancora vivo e lontano dall'essere risoluto è il dibattito; per i rapporti tra singhiozzo epidemico ed encefalite, sebbene autorevoli osservatori abbiano data la loro opinione favorevole alla identità delle due malattie, noi riteniamo che ancora l'ultima parola non possa essere detta.

RAPPORTI TRA SINGHIOZZO EPIDEMICO ED ENCEFALITE EPIDEMICA.

Crediamo opportuno per l'importanza clinica dell'argomento analizzare gli argomenti che militano in favore e contro il supposto ed affermato rapporto.

Gli elementi, portati a favore di un nesso che leghi il singhiozzo epidemico all'encefalite, o che addirittura identificano le due forme morbose sono d'*ordine epidemiologico* e d'*ordine clinico*.

Economo per il primo rilevò che l'epidemia di singhiozzo a Vienna precedeva di poco la epidemia di encefalite in Italia, ma soggiungeva che non era possibile affermare, ma solo di notarne i rapporti, e lasciava la decisione alle osservazioni ulteriori. La stessa osservazione si può estendere all'epidemia in Francia, in cui casi di singhiozzo epidemico comparvero mentre erano divenute frequenti le forme di encefalite caratterizzate da mioclonie. Ed in comune, nel dato epidemiologico, esisteva, come giustamente rileva il Micheli, il saltuario presentarsi qua e là della maggior parte dei casi, senza un apparente legame tra di essi. Per alcuni ha costituito elemento di un certo peso la novità della forma morbosa, in coincidenza di una polimorfa malattia, che sul principio si ritenne pure nuova, ma che ha potuto essere identificata con epidemie del passato ed unificata nella sua proteiforme figura, dopo uno studio analitico di casi, i quali non sembrava avessero tra di loro alcun apparente legame. Così un dato clinico si aggiungeva nella discussione, per coloro i quali videro nel singhiozzo epidemico una forma anomala, larvata, o addirittura una forma clinica dell'encefalite letargica. Il singhiozzo null'altro rappresenta, secondo essi, che una mioclonia del diaframma, e deve essere considerato come una forma monosintomatica di encefalite epidemica; in cui il virus dà lesione parcellare, e lascia indenne il restante asse cerebro-spinale.

Dufour, Bernard propendono a ritenere che il singhiozzo sia una forma mioclonica dell'encefalite; Lhermitte parla senz'altro di una forma singhiozzante dell'encefalite; anche Gautier propende per la natura encefalitica, e Micheli scrive che, sebbene non se ne abbia una sicura dimostrazione, tuttavia è suggestiva l'ipotesi che un nesso esista tra le due forme morbose. Sicard è tanto convinto che il singhiozzo epidemico è una forma di encefalite, che fa ogni riserva pronostica dell'avvenire dei malati di singhiozzo.

Tali convinzioni sarebbero giustificate inoltre da osservazioni cliniche isolate, che è utile ricordare, perchè tutti gli elementi siano vagliati nel loro vero significato e valore.

Dufour e Bernard videro il singhiozzo complicarsi a fatti mioclonici, a torpore, in un caso, che ebbe esito fatale. Gautier trovò in un caso liquor normale, ma in un altro liquor con leggero aumento del glucosio, e quest'ultimo carattere, secondo l'A., può essere utile

per ravvicinare le due forme morbose. Anche Micheli vide dopo poco tempo da un classico singhiozzo, in due casi tra i tanti osservati, svilupparsi le note classiche della encefalomielite. Sicard che, notando il polimorfismo dell'encefalite, ne riconosce anche delle modalità ambulatorie, trova, in una prima nota, che degli stretti legami di parentela se non di identità esistono tra encefalite e singhiozzo epidemico, ma in una seconda nota egli ritiene il singhiozzo uno degli episodi classici dell'encefalite e porta i tre casi, da noi già citati, a riprova della sua credenza. Rivet e Lipschitz, su 30 casi osservati, in uno videro la malattia evolvere come encefalite epidemica, e Netter, in seguito alla comunicazione di queste evenienze cliniche, afferma: la relazione tra questi singhiozzi con l'encefalite epidemica non sembrerebbe dubbia! Stahelin trova rapporti di identità tra le due malattie e ricorda a riprova lo sviluppo successivo di una epidemia di paralisi oculari, di singhiozzo ed insieme di casi di encefalite epidemica. Gerstmann giunge, come Lhermitte, a distinguere una forma di encefalite caratterizzata da singhiozzo, Kahn, Barbier e Bertrand infine con grande disinvoltura parlano di un caso di singhiozzo epidemico con reperto di lesioni anatomiche uguali a quelle dell'encefalite epidemica, e ci descrivono una malata con una monoplegia iniziale nella quale, durante la malattia, progressivamente fatale, si verificò, alla fine della vita, qualche accesso di singhiozzo; essi costruiscono un facile sillogismo: se il singhiozzo epidemico ha le stesse note istologiche (manicotti perivasali, ecc., ecc.) che suole mostrare l'encefalite, se clinicamente o sono eguali o una è un episodio dell'altra, tra singhiozzo epidemico ed encefalite letargica non v'ha differenza, la natura del processo morboso è identica. E Curtois-Suffit, senza controlli di autopsia, solo perchè un malato con una sindrome di singhiozzo perisce in 48 ore, parla di un singhiozzo epidemico fulminante, come di una encefalite fulminante! A tali osservatori, cominciando da Economo, il quale però prudentemente non tira conclusioni, bisogna aggiungere altri che videro, durante il corso dell'encefalite, sorgere come episodio transitorio il singhiozzo e quindi ritennero, come avviene per altre manifestazioni episodiche dell'encefalite (ipersonno, ipercinesi, paralisi oculari, ecc.), che anche la mioclonia diaframmatica, con singhiozzo, non fosse se non una encefalite parziale a manifestazione monosintomatica. Osservazioni consimili ebbero a fare Achard e Rouillard.

È opportuno accennare che tra gli autori che vollero ravvicinare il singhiozzo epidemico ad altre malattie epidemiche, il Logre, unico tra gli osservatori, trovò fenomeni grippali precedere il singhiozzo. Egli ritiene che il singhiozzo sia una manifestazione grippale, e anche Landi, spezzando le difficoltà che avvolgono ancora oscuri problemi, giunge alla conclusione che influenza, encefalite e singhiozzo epidemico hanno stretti legami e forse rappresentano manifestazioni diverse di uno stesso agente morboso.

La natura encefalitica del singhiozzo epidemico è adunque ritenuta possibile o addirittura certa da una serie di autorevoli studiosi.

Se pure però nè numerosi nè forse così autorevoli sono quelli che pensano diversamente, non meno numerosi, nè meno poderosi sono gli argomenti che militano contro la credenza che il singhiozzo epidemico sia di natura encefalitica. Al solito si devono ricordare ragioni epidemiologiche e ragioni cliniche. L'epidemia di singhiozzo non ha precisa coincidenza con l'epidemia di encefalite: esso è insorto episodicamente, a Vienna, quando l'encefalite era già stata osservata da Economo tre anni prima (1916); poco prima, secondo Economo, che l'encefalite comparisse in Italia. Ma nemmeno questa affermazione è esatta, poichè già nei primi mesi del '19 l'encefalite serpeggiava in Italia e a Roma il mio maestro professor Ascoli ne aveva già denunziato due casi; in altre città, per comunicazioni verbali e per esperienza personale, già si erano verificati dei casi di encefalite non riconosciuti nella loro natura che molto tardi.

In Inghilterra ed in Francia era nota l'esistenza dell'encefalite e non si parlava di singhiozzo. La coincidenza epidemica, poichè in realtà l'encefalite esisteva quando il singhiozzo epidemico fece la sua comparsa, deve essere limitata nella constatazione che il singhiozzo epidemico è comparso come episodio fugace e transitorio, mentre una epidemia da encefalite si svolgeva; ma ora esso ha preceduto, ora ha seguito, ora ha coinciso, ora è mancato del tutto.

Si deve aggiungere che in molte città l'encefalite ha continuato il suo corso epidemico, mentre del singhiozzo non era restato che il solo ricordo. La constatazione, anche così ridotta in limiti modesti, avrebbe un certo valore, se il singhiozzo epidemico essenziale fosse comparso per la prima volta coincidendo anche parzialmente con l'epidemia di encefalite o se, ricordato in passato, esso si fosse accompagnato a quelle sindromi (nona, corea elettrica, corea maligna) che attualmente si tende a considerare come passate epidemie di

encefalite epidemica. Ma si ha notizia di singhiozzo epidemico e in comunità (scuole) ed in intere regioni (Russia) senza che contemporaneamente la letteratura del tempo accenni a sindromi morbose a carattere epidemico ricordanti l'encefalite. Aggiungo ancora che bisogna tenere in una certa considerazione anche i casi di singhiozzo sporadico essenziale, i quali possono eventualmente rappresentare il legame tra una e l'altra epidemia di questa curiosa affezione. Il fattore epidemico che ha portato molta suggestione nel ravvicinare il singhiozzo epidemico all'encefalite, perde alquanto del suo valore, se considerato alla stregua delle date precise e con quella critica che è garanzia del criterio epidemiologico.

Ma un argomento clinico di un certo peso, che ha portato a ravvicinare e per taluni ad identificare le due forme morbose, è dato dalla simiglianza, e forse dall'identità nel meccanismo di produzione, tra il singhiozzo epidemico e la clonia diaframmatica, e dalle forme miocloniche in generale dell'encefalite epidemica. Per la frequenza anzi della forma mioclonica, durante l'epidemia di singhiozzo, alcuni hanno creduto ad una forma incompleta o larvata. Il supposto virus dell'encefalite si sarebbe localizzato nel nucleo del frenico in corrispondenza del 4° segmento cervicale, e, irritandolo, avrebbe determinato la clonia diaframmatica.

Noi pensiamo che non è nemmeno esatto il ravvicinamento dal punto di vista clinico. Anzitutto la clonia diaframmatica non è evenienza frequente nel corso dell'encefalite: noi abbiamo visto molti casi in clinica, sui quali ha riferito esaurientemente il prof. Sabatini, nei quali esistevano le caratteristiche clonie della forma elettrica, che colpivano specialmente i muscoli addominali: mentre in apparenza si poteva credere che il diaframma partecipasse allo spasmo clonico, l'esame radiologico ci portava a concludere che il diaframma era indenne da qualsiasi movimento clonico. Ulteriori osservazioni ci hanno portato a riconoscere, in casi certamente rari, che la clonia diaframmatica può esistere e per qualche periodo della malattia predominare sul quadro clinico. In uno dei nostri malati, con forma mioclonica, episodii di contrazioni cloniche diaframmatiche rendevano penosissima l'esistenza del malato. Abbiamo controllato più volte radioscopicamente il fenomeno ed il diaframma risultava animato da contrazioni cloniche totali improvvise, energiche. Eccezionale nelle nostre osservazioni, il clono diaframmatico però si è sempre associato contemporaneamente e successivamente ad altre clonie manifeste. Nella generalità dei casi del singhiozzo la clonia diaframmatica è rimasta isolata. Si aggiunga inoltre che in casi di clono accertato del diaframma come in quello citato noi non abbiamo constatato il singhiozzo, come conseguenza necessaria di esso. Vero è che a questo proposito si può notare che non sempre il clono è tanto efficace da provocare come conseguenza il singhiozzo (Micheli), ma si può anche pensare che il singhiozzo sia qualche cosa di più complesso, che non la semplice conseguenza della clonia diaframmatica. Il singhiozzo infatti è secondo i fisiologi una mioclonia freno-glottica, per cui l'aria, precipitandosi *attraverso la glottide chiusa*, produce un rumore caratteristico. L'analisi, che Roger e Schulmann hanno fatto, per mezzo delle grafiche, del fenomeno del singhiozzo, mostra in realtà che in esso figurano due tempi: un primo costituito da una espirazione forzata, un secondo dalla inspirazione brusca e forzata che era fino a poco tempo fa considerata come la vera caratteristica del singhiozzo; l'analisi inoltre ha mostrato tutta la irregolarità respiratoria che intercede fra uno e l'altro colpo di singhiozzo. A chi tenti di riprodurre il singhiozzo, infine apparirà manifesto che alla contrazione brusca volontaria del diaframma è necessario associare un particolare atteggiamento della glottide, se si vuole produrre il singolare rumore che si chiama singhiozzo. Ora la pura mioclonia diaframmatica non basta secondo noi a produrre il singhiozzo, quando non si associ il particolare atteggiamento della glottide, che è movimento associato, e non conseguenza della vigorosa clonia diaframmatica; il singhiozzo è uno di quei complessi movimenti alla cui produzione cooperano organi diversi; si può perfino pensare, per analogia con quanto si è fatto per altri complessi in fisiologia, alla esistenza di un particolare centro del singhiozzo, movimento complesso, forse situato in vicinanza del centro del frenico, forse da esso lontano stimolabile per cause svariate. Solo così si potrebbe spiegare la molteplice patogenesi e le numerose condizioni morbose che producono lo stesso conseguente complesso sintomatico. Affermare adunque che clono diaframmatico dell'encefalite e singhiozzo sono la stessa cosa, è allontanarsi dalle cognizioni di fisiologia e dall'esperienza clinica.

Ma il ravvicinamento clinico è poggiato su alcuni elementi, sui quali a noi piace di insistere: sono citati casi in cui il singhiozzo ha preceduto nello stesso soggetto la comparsa della sindrome classica dell'encefalite epidemica, casi di questa malattia che hanno

presentato, durante il decorso, episodi di singhiozzo. Se la prima osservazione avesse una certa frequenza nell'esperienza degli autori, essa acquisterebbe un reale valore in considerazione specialmente della proteiforme fisionomia dell'encefalite epidemica nel suo corso; è noto oramai che una encefalite letargica passa in mioclonica, in coreica, in paralitica, oppure che tutti questi episodi possono intrecciarsi insieme sì da costituire un complesso quadro, partecipante delle sindromi episodiche; il singhiozzo dovrebbe essere aggiunto ai tanti episodi che si intrecciano e si seguono. Ma v'ha chi non ha visto mai precedere l'episodio singhiozzo nelle encefaliti osservate (Pisani, Sabatini, ecc.); noi stessi, nella nostra esperienza, oramai da casi numerosi non ricordiamo nessun ammalato di encefalite nel quale il singhiozzo abbia figurato nella storia. Poche osservazioni sicure avrebbero però il loro valore, se durante tutta l'epidemia di encefalite ogni tanto, in casi particolari, fosse comparso l'episodio singhiozzo: invece il singhiozzo è stato osservato in coincidenza con l'encefalite proprio quando l'epidemia di singhiozzo si propagava per tutte le regioni; nessuno potrà negare che è suggestivo piuttosto pensare ad una coincidenza, quando si rifletta che in quasi tutti i rimanenti casi di singhiozzo epidemico il decorso clinico è stato semplice, uniforme, senza esiti letali e senza postumi a differenza dell'encefalite.

Alla coincidenza fanno pensare le cifre portate dagli autori come percentuali: uno di encefalite su trenta casi di singhiozzo, due casi di osservazione di Micheli, pochi casi in tutta la letteratura medica di fronte a molte migliaia di encefalitici. Che poi, come qualcuno ha rilevato, durante l'encefalite si possa verificare qualche colpo di singhiozzo od anche un periodo di singhiozzo ostinato, nessuno si meraviglierà; una tale evenienza noi abbiamo ricordato in molte affezioni del sistema nervoso, con localizzazioni le più svariate per cause le più differenti. Una diversa interpretazione non sarebbe giustificata, data la rarità, concordemente riconosciuta, di qualche colpo di singhiozzo, insorgente nel decorso dell'encefalite.

Per quanto si parli di forma larvata, di forma parziale, noi dobbiamo ravvicinare le *note fondamentali delle due malattie*, se vogliamo dal confronto ritrarre utili ragguagli per una qualche conclusione.

È doveroso non prescindere dalle gravi conseguenze che l'encefalite, anche quando ha decorso mite e con le più modeste espressioni, lascia nei soggetti che ne sono colpiti, anche a lunga distanza di tempo. L'esperienza oramai dolorosa ci ha fatto più prudenti sull'avvenire lontano degli encefalitici. Noi abbiamo veduto encefalitici con sintomatologia solo di ipersonno e di transitorie paralisi oculari restare come imbambolati per anni, abbiamo visto fugaci paresi lasciare stati di ipotonia permanente; tutta l'esistenza e la vita di relazione del malato di encefalite restare duramente colpita e risentire lungamente le tracce, di qualunque forma anche lieve, si sia trattato. Ora è l'insonnia durante la notte e l'inversione del sonno, ora è l'apatia, ora è la sindrome dolorifica, ora la sindrome ipertonica, quando la forma mioclonica non divenga cronica, quando si costituisca il parchinsonismo postencefalitico, che annulla delle esistenze prima attive o esuberanti. Invece il singhiozzo epidemico passa lasciando per qualche giorno un po' stanco il malato e poi più niente, la salute ritorna nella sua integrità.

Le forme miocloniche dell'encefalite epidemica sono per lo più di una pertinacia esasperante, durano dei mesi, se pure non sempre fissate su uno stesso gruppo muscolare: l'opera dei medici ha tentato tutte le vie, senza resultato alcuno, pur di attenuare le contrazioni cloniche che rendono dolorosa la giornata del malato. Nel caso del singhiozzo il virus dell'encefalite si contenterebbe di stimolare per pochi giorni il centro del frenico o il centro del singhiozzo e poi si esaurirebbe senza lasciar traccia di sè, senza nemmeno sfiorare i centri vicini, senza nemmeno dare una parestesia, un accenno ad una paresi, una clonia di un gruppo muscolare. Pur tenendo nel dovuto conto tutta la variabilità delle sindromi cliniche, legate ad uno stesso agente morboso, per cui, dalle forme fulminanti si va alle forme ambulatorie d'una stessa malattia, noi dobbiamo fare osservare che le note fondamentali degli effetti del virus encefalitico, quali noi per ora siamo abituati a considerare, mancano nel singhiozzo epidemico.

Nè vale citare il caso di Khan, Barbier e Bertrand: su di essi l'analisi clinica non può senz'altro portare alle conclusioni sempliciste alle quali sono giunti gli autori. Quando Kahn, Barbier e Bertrand affermano che il reperto anatomico di un caso di singhiozzo epidemico è stato identico a quello dell'encefalite epidemica essi trascurano il dato di fatto che la malattia la quale portò a morte l'inferma si iniziò con una paralisi dell'arto superiore e che tra le note dominanti dell'encefalite si ebbe solo come breve terminale un episodio di singhiozzo: è più consentaneo al ragionamento clinico affermare, come in tante altre occasioni si è fatto, che nel decorso dell'encefalite vi può, come nelle malattie cere-

brali più svariate, osservarsi il singhiozzo anzi che parlare senz'altro di singhiozzo epidemico e concludere per l'identità!

Se noi volessimo dalle nostre esperienze dedurre un argomento contrario alla possibilità di ravvicinare il singhiozzo epidemico all'encefalite, potremmo dire che l'inoculazione *in uomo* del liquor e del lavaggio faringeo filtrato, che, a parere dei ricercatori, sono materiale contenente il virus encefalitico, sono riuscite senza effetto. Ma noi stessi ricordiamo che le vie di inoculazione da noi seguite non sono le più favorevoli per trasmettere l'infezione, almeno in animale, e che le nostre ricerche, più che aprire un orizzonte, chiudono forse, come tante ricerche negative, solo una strada.

Non ci fermiamo a discutere il parere di coloro che pensano ad un legame tra influenza e singhiozzo epidemico: le osservazioni dello stato grippale precedente al singhiozzo è osservazione di Logre e Heuyer, non confermata dagli altri, non rispondente alla generalità delle nostre osservazioni; d'altra parte non basta una faringite o dei fenomeni catarrali, che sappiamo quanto siano comuni alle malattie da infezione, per parlare senz'altro di grippe a forma frenica!

Il vero si è che gli elementi che noi possediamo allo stato attuale delle conoscenze non ci consentono di trarre conclusioni sicure; certo noi non possiamo per ora accettare tutti i ravvicinamenti e tanto meno le identità, che finora sono state affermate da molti studiosi: il singhiozzo epidemico resta una curiosa sindrome, a tipo di malattia da infezione, scarsamente contagiosa, di cui l'essenza a noi sfugge. Le indagini etiologiche forse un tempo ci potranno fare affermare con sicurezza quello che per ora è il prodotto della rigorosa osservazione clinica ed epidemiologica, che cioè gli elementi a nostra disposizione ci fanno apparire il singhiozzo epidemico come qualche cosa di essenzialmente differente dell'encefalite epidemica. In tale convinzione, che discorda da quella espressa da autorevoli osservatori, noi siamo venuti dopo avere vagliato con serena critica i fatti e le analogie finora prospettate.

SOMMARIO.

Gli AA. prendono occasione da una piccola epidemia di singhiozzo, osservato a Roma, per abbozzare il quadro clinico della curiosa sindrome morbosa.

Da quattro casi, ricoverati nella Clinica medica di Roma, su 12 soggetti essi tentano, con l'iniezione di sangue *in toto* e filtrato, di liquor, di filtrato per candela Berkefeld N, dell'acqua di lavaggio faringea, la trasmissione da uomo ad uomo. Tutte le inoculazioni sono restate negative.

Gli AA., in base a dati epidemiologici e clinici, discutono i rapporti che possono intercedere tra singhiozzo epidemico ed encefalite epidemica: prendono occasione per annoverare le malattie che possono avere come sintoma il singhiozzo, per ricordare le epidemie di singhiozzo del passato. Dopo una minuta analisi e critica degli argomenti addotti in favore della tesi dell'identità tra singhiozzo ed encefalite, tra singhiozzo epidemico ed influenza, gli AA. propendono, pur con le dovute riserve, a ritenere che il singhiozzo epidemico non costituisce una forma di encefalite epidemica o di influenza e che con esse anzi non mostra di avere stretti rapporti epidemiologici e clinici.

LAVORI CONSULTATI.

ABELES. Wiener Klin. Woch., 1896, n. 17, pa-
ACHARD et ROUILLARD. B. et M. Soc. méd. des Hôp. Paris, 1920, n. 39, pag. 1543.
BERDACH. Rif. in Semaine méd., 1897, pag. 95.
BERNARD. B. et M. Soc. des Hôp. Paris, 1920, 20 febbr., pag. 232.
CARDARELLI. Riv. Ospedaliera, 1920, n. 6, p. 188.
CLERC FOIX et MERCIER. B. et M. Soc. Hôp. Paris, 1921, 15 apr.
DUFOUR. B. et M. Soc. des Hôp. Paris, 1920, pag. 263.
ECONOMO. Arch. Suisses de Neur., 1920, vol. 6°, fasc. 2°, pag. 276.
FLEXNER. The Journal of the Am. med. Ass., 1920, n. 13.
FROMENT et BOUCHUT. B. et M. Soc. des Hôp. Paris, 1920, 13 aprile.
GAUTIER. Revue méd. de la Suisse Romande, 1920, n. 5.
GERSTMANN. Wien. klin. Woch., 1920, n. 3, pagina 165.
KAHN, BARBIER, BERTRAND. B. et M. Soc. des Hôp. Paris, 1921, n. 18, pag. 787.
LAFOSSE. B. et M. Soc. des Hôp. Paris, 1920, seduta 17 dicembre.
LANDI. Giorn. del Med. pratico, 1921, n. 3, p. 7.
LHERMITTE. Presse méd., 1920, n. 93, pag. 916.
LOGRE et HEUYER. Gazette des Hôp., 1920, numero 106, pag. 1700.
MICHELI. Giorn. del Med. pratico, 1920, n. 7, pag. 1.
NETTER. B. et M. Soc. des Hôp, Paris, 1920, 9 dic. pag. 1468.
PISANI. Riv. Crit. di clin. Med., 1920, n. 14, pag. 165.
PONTANO e TRENTI. Policl., Sez. prat., 1920, numero 47, pag. 1341.
REILLY. Journ. Amer. med. Ass., 1920, n. 11.
ROGER. Journ. des Pratic., 1920, n. 19.
ROGER et SCHULLMANN. Presse méd., 1921, numero 17, pag. 161.
RIVET et LIPSCHITZ. B. et M. Soc. des Hôp. Paris, 1921, n. 1, pag. 8.
SABATINI. Policlinico, Sez. Prat., 1920.
SICARD et PARAF. B. et M. Soc. des Hôp. Paris, 1920, 9 dic., pag. 1464.
SICARD. B. et M. Soc. des Hôp. Paris, 1920, 23-30 gennaio.
STRÜMPELL. Deut. med. Woch., 1920, n. 26.
SULIMA. St. Petersb., 1889.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Vomica interlobare.

(ACHARD. *Journal des praticiens*, n. 20, anno 1921).

Le vomiche si possono distinguere in toraciche o extratoraciche a seconda della sede della raccolta di liquido che esse evacuano. Le prime, più frequenti, hanno origine da un ascesso, da un focolaio gangrenoso, da una cisti del polmone o da una pleurite incistata e frequentemente da una pleurite interlobare; le seconde possono provenire da ascessi o cisti del fegato, da ascessi da peritonite circoscritta, da ascessi subfrenici, appendicolari, perinefritici ed eccezionalmente da ascessi freddi.

La pleurite interlobare è, secondo l'Achard, una delle più frequenti cause della vomica. L'A. riferisce intorno a uno di questi casi.

Si tratta di un uomo di 43 anni il quale fu colpito bruscamente da febbre accompagnata da brividi e da dolore intenso prima alla regione lombare destra, poi all'ipocondrio; in breve però il paziente migliorò e lasciò il letto dietro consiglio del medico che pensò essersi trattato di una crisi epatica. Senonchè, dopo 12 giorni dall'inizio della malattia, nella notte il paziente fu sorpreso da un accesso di tosse durante il quale espettorò abbondantemente; dopo altri due giorni, persistendo sempre forte tosse e copiosa espettorazione, fu ricoverato in ospedale.

I segni funzionali e meglio ancora i segni fisici portarono direttamente alla sicura diagnosi di vomica d'origine toracica. La palpazione del fegato e della regione della cistifellea non provocava alcun dolore nè faceva apprezzare alcuna tumefazione. Si costatava alla base del polmone destro, presso l'angolo della scapola, una ottusità accompagnata da abolizione del murmure vescicolare e del fremito vocale-tattile, senza soffio bronchiale, nè egofonia, nè pettiriloquia afona. L'esame radioscopico, d'accordo coi segni fisici mostrò opacità di tutta la base polmonare destra fino al 3° superiore, opacità più netta in corrispondenza del seno costo-diaframmatico. Si trattava adunque di una pleurite della grande cavità: orbene le pleuriti della grande cavità non dànno vomica che raramente, mentre nel nostro caso si trattava di vera vomica e di espettorato purulento, verde giallastro, talora fetido, emesso con la tosse e specialmente al mattino. La puntura esplorativa dette un risultato prezioso: praticata infatti al 6° spazio intercostale, dette esito a liquido citrino, leggermente torbido. Non era dunque questo il liquido espettorato e di conseguenza si era di fronte a una pleurite della grande cavità aggiuntasi a una raccolta purulenta che si vuotava pei bronchi.

Per conoscere la sede della raccolta che dava luogo alla vomica, l'A. dovette ricorrere a un artificio particolare che rende grandi servigi per l'esame radioscopico: è questo il pneumotorace artificiale. L'A. infatti, otto giorni dall'inizio della vomica, praticò una puntura evacuatrice alla quale fece seguire immediatamente una insufflazione d'aria nel cavo pleurico. Il liquido estratto era divenuto purulento, verdastro e fetido; conteneva polinucleari, cocchi e bacilli, senza anaerobi: furono estratti 400 cc. di liquido e 400 cc. d'aria furono insufflati. L'esame radioscopico, mercè questo artificio, dimostrò alla parte inferiore del torace una zona chiara rispondente alla pneumosierosa, un apice che si schiariva sotto i colpi di tosse ed infine un'ombra triangolare di cui il vertice corrispondeva all'ilo e la base alla metà inferiore della parete costale.

Di qui si potè formulare la diagnosi di vomica da pleurite interlobare che aveva, per contiguità, provocato una pleurite della grande cavità, prima siero-fibrinosa, poi purulenta.

Le pleuriti interlobari con grande facilità si aprono nei bronchi, mentre raramente vi si aprono le pleuriti purulente della grande cavità, le quali tendono piuttosto a farsi strada attraverso la parete toracica (empiema di necessità). Questa differenza di comportamento è legata, secondo l'A., ai differenti rapporti della pleura generale e della pleura interlobare: nella grande cavità, un focolaio infiammatorio della pleura è a contatto col parenchima polmonare che offre un grande spessore, i di cui alveoli possono ostruirsi e formare una barriera di fronte all'invasione; nell'interlobo invece non c'è che un sottile strato di parenchima che separa la pleura dai grossi bronchi e che può essere con tutta facilità superato dal pus di un focolaio che si stabilisca nello spazio interlobare.

Prima dell'uso dei raggi Röntgen, la diagnosi di pleurite interlobare, specialmente al suo inizio, era difficilissima: ciò si deve al fatto che la maggior parte dei sintomi di queste pleuriti sono ingannatori perchè dati dal polmone più che dalla pleura. L'inizio può essere brusco, talora lento e insidioso, ma-

scherato da un precedente stato di congestione polmonare o di broncopolmonite o di polmonite. La febbre, la dispnea, il dolore, la tosse, non indicano per nulla la sede della lesione.

I segni fisici sono rari specialmente all'inizio: si hanno rantoli umidi, sfregamenti, soffio bronchiale o respiro soffiante, una subottusità diffusa, silenzio respiratorio che risponde più o meno nettamente alla topografia delle scissure interlobari. Ma siccome la pleurite può svilupparsi sia nella totalità dell'interlobo e sia in una parte soltanto di esso, e, siccome può debordare dall'interlobo, in modo simile al caso suddescritto, è cosa difficile precisare la topografia interlobare dei sintomi i quali, del resto, per lo più non rivelano che lo stato del parenchima polmonale vicino.

Un segno prezioso, messo in luce dal Dieulafoy, è quello che va sotto il nome di ottusità sospesa, cioè l'esistenza di una zona ottusa tra due zone sonore al disopra e al disotto: ma questa ottusità sospesa non si costata sempre come mancò nel nostro caso a causa della complicante pleurite della grande cavità. D'altro canto vi sono delle circostanze in cui si ha una ottusità sospesa e che non corrisponde a una raccolta interlobare: per es. nel caso di uno stomaco anormalmente disteso che spinga in alto una raccolta pleurica.

Dopo la vomica, che sopravviene dopo 8-10 giorni di malattia e talvolta di più, i segni fisici possono modificarsi e diventare cavitari (soffio anforico, gorgoglio); può nascere allora la confusione con una tisi galoppante e si è portati maggiormente verso quest'ultima ipotesi per il sopravvenire di emottisi che (come Dieulafoy ha descritto) sono frequenti nelle pleuriti interlobari; l'aspetto nummulare dell'espettorato e il frazionarsi della vomica, come ha potuto vedere lo stesso A., facilitano l'errore.

La pleurite interlobare guarisce spontaneamente in un buon numero di casi, ma spesso l'evoluzione si fa prolungata, la febbre si riaccende ad accessi, il malato indebolisce, diviene cachettico mentre s'impianta una infezione ascendente delle vie aeree superiori fino al laringe per la continua espettorazione di pus putrido.

Ma se la guarigione spontanea non è rara, non è men vero che la pleurite interlobare è una affezione di cui il prognostico deve essere sempre riservato. Non solo può avvenire la morte per infezione generale ma la pleurite interlobare, proprio quando guarisce, può lasciare dei postumi di sclerosi polmonare o bronchiectasie portando seco così infermità permanenti.

Ma col perfezionarsi della terapia la prognosi di questa affezione è anche molto migliorata.

L'esame radioscopico non solo ha facilitato la diagnostica ma ha anche dato valido aiuto al trattamento curativo. Una volta il trattamento chirurgico nella pleurite interlobare era molto azzardato per l'incertezza circa l'esatta sede della raccolta nell'interlobo; la determinazione di questa sede è oggi molto più facile sopratutto se ci si vale dell'insufflazione d'aria nel cavo pleurico.

La pneumosierosa ha poi, per suo conto, il vantaggio di contribuire spesso alla guarigione senza intervento. La compressione del polmone da parte dell'aria insufflata spreme in qualche modo la cavità interlobare e ne vuota il contenuto; questa cavità si restringe e la sua cicatrizzazione ne è pertanto abbreviata.

La putridità del contenuto della cavità, che è inevitabile dopo la vomica, è incontestabilmente uno dei più grandi pericoli per il paziente; si sono quindi escogitati diversi metodi di medicazione antiputrida locale fra cui le iniezioni intratracheali di antisettici: a questa antisepsi locale si è inoltre aggiunta una antisepsi generale e, poichè sono stati rinvenuti talora nell'espettorato dei fuso-spirilli, si è iniettato nel sangue il rimedio chemioterapico efficace: l'arsenobenzolo. Recentemente poi si è anche iniettato il siero antigangrenoso usato contro la gangrena traumatica.

Nel caso suddescritto, dopo aver praticato l'insufflazione della grande cavità pleurica, l'A. mantenne la pneumosierosa reiniettando aria: ivi iniettò inoltre olio etereo gomenolato che, siccome non venne rigettato con la vomica, permise anche di stabilire l'assenza di qualsiasi comunicazione tra la raccolta interlobare e la grande cavità. Furono infine praticate a dovuta distanza tre iniezioni di siero antigangrenoso polivalente che però non modificarono la fetidità dell'espettorato.

Sotto l'influenza di questa combinazione di mezzi terapeutici l'espettorato diminuì di quantità e divenne meno purulento, lo stato generale migliorò.

Riguardo al versamento purulento della grande cavità che non solo conteneva lo pneumococco ma anche altri microbi (cocchi e bacilli), si riassorbì perfettamente.

Si tratta qui adunque di un ottimo risultato terapeutico, quando si consideri la lentezza abituale con la quale si ottiene la guarigione spontanea della pleurite interlobare

anche quando non si complichi con una pleurite generalizzata. Non merita minore interesse la guarigione rapida della pleurite purulenta della grande cavità con semplici iniezioni di olio etereo gomenolato.

Il paziente, di cui sopra, fu riveduto dopo circa tre mesi in buona salute mentre poteva agevolmente esercitare il faticoso mestiere di fabbricante di carrozze.

E. BENEDETTELLI.

CHIRURGIA.

Sul trattamento delle fistole polmonari.

(C. RITTER. *Münch. mediz. Woch.*, num. 17 29 aprile 1921).

Per guarire le fistole che residuano all'apertura operatoria degli empiemi esiste solo un mezzo: abolire la cavità che residua nel torace tra lo scheletro e la pleura polmonare. Se, senza aver prima raggiunto tale effetto si lascia che la fistola si chiuda, nella cavità si raccoglie di nuovo del pus che o si ritrova spontaneamente una via di uscita o deve essere di nuovo evacuato con un'operazione.

Per chiudere la cavità empiematica disponiamo di due modi:

1° Avvicinare una all'altra le pareti della cavità per ottenere che esse aderiscano e si saldino tra loro così che la secrezione cessi e la fistola si chiuda.

Ciò si può raggiungere o mobilizzando la parete toracica o mobilizzando il polmone o paralizzando il diaframma perchè non opponga più resistenza a che la pressione addominale lo avvicini al polmone o alla parete toracica.

2° Riempire la cavità o con sostanze non viventi o con tessuti viventi.

***

La mobilizzazione della parete toracica è il processo maggiormente eseguito. Essa viene ottenuta in un gran numero di modi che tuttavia possono essere classificati in due gruppi. Nel primo tutte le coste che corrispondono alla cavità, talvolta sole, talvolta insieme con le parti molli, vengono asportate. Nel secondo le coste vengono conservate, ma sezionate una dopo l'altra in uno o più punti, rispettando o non la pleura costale.

Se si tratta di cavità piccole, l'intervento è lieve; ma se si tratta di empiemi estesi o totali il pericolo operatorio è considerevole e possono seguire suppurazioni da esaurire il paziente; cosicchè da molti è stato consigliato di scomporre l'atto operativo in più tempi.

Uno svantaggio che questa operazione, comunque eseguita, lascia dietro di sè, è la deformazione la quale pare grave non tanto per l'estetica quanto perchè essa esclude definitivamente la possibilità che il polmone possa col tempo riespandersi e riprendere la sua funzione. È da ricordare inoltre che alla sezione dei nervi intercostali seguono paralisi di muscoli toracici e addominali e che queste concorrono ad aumentare il *deficit* funzionale che l'operazione lascia.

Nel 1920 Sauerbruch e Perthes per raggiungere lo scopo che si ha in mira nell'eseguire la resezione della parete toracica, proposero di interrompere definitivamente o transitoriamente il nervo frenico (frenicotomia, congelamento, blocaggio del n. frenico). Certamente la frenicotomia ha per effetto un impiccolimento della cavità toracica, ma non sufficiente per abolire le grandi cavità. Tuttavia essa appare indicata per quelle cavità che sono situate vicino al diaframma come complemento di altri procedimenti operatori.

La mobilizzazione del polmone si è provocata per mezzo della pressione negativa nel modo che Perthes aveva già con successo indicato nel trattamento dell'empiema acuto. Successi si sono ottenuti anche con esercizi respiratori (Vogel), con ventose (Nordmann, Härkl), con pompe ad acqua, con sifoni (Perthes, Seidel), con apparecchi a pressione differenziale (Sauerbruch). Quanto utili possano riuscire questi espedienti è dimostrato dal fatto che nella clinica di Perthes furono curati con essi 23 empiemi inveterati riuscendo a guarirne 20. Tuttavia questi processi trovano limitazione nel fatto che, se la pleura polmonare è molto ispessita, non si riesce a ottenere che un impiccolimento della cavità, ma non quella obliterazione che è necessaria perchè la pleura parietale e viscerale possano saldarsi.

Molto più efficace è l'asportazione della pleura polmonare ispessita, lo scortecciamento polmonare secondo Delorme. Se esso riesce, il polmone si libera d'un colpo dei suoi legami e torna a funzionare mentre, per il fatto che la resezione toracica è temporanea, si evita una grande deformazione.

Certo anche questa operazione non conduce sempre allo scopo: in alcuni casi (Garré, Rehn, ecc.) il polmone benchè privato delle cotenne pleuriche, non potè espandersi di nuovo. Ma ciò che, più di questi casi eccezionali, parla contro l'operazione, è il pericolo operatorio che è grave per la possibilità di lacerazioni e di emorragie polmonari con le loro conseguenze: embolie cerebrali, enfisema mediastinico.

***

Molto meno seguiti sono stati i processi che hanno per scopo di far scomparire la cavità riempiendola.

Del piombaggio con sostanze non viventi (paraffina, pasta di zinco, grasso) che vengono introdotte allo stato fluido e poi si lasciano solidificare, forse si è fatto un uso maggiore di quanto sia noto; ma certo i buoni risultati sono stati scarsi, per la cagione che la sostanza di riempimento non poteva esser tollerata in una cavità suppurante.

Risultati migliori si sono ottenuti sterilizzando prima la cavità con soluzione di Dakin e riempiendola poi con carbonato di bismuto. È stato anche vantato il modo di obliterare le cavità empiematiche con catgut. Ma con tutti questi mezzi certo non si può presumere di guarire che cavità piccole e anche nei casi guariti resta sempre la possibilità che prima o poi il corpo estraneo venga espulso o provochi suppurazioni.

Miglior modo di colmare le cavità certo è l'uso di lembi muscolari o grassosi o misti. Ma anche in tal modo non si possono colmare che cavità piccole; nelle cavità grandi tuttavia i lembi plastici possono ancora recar giovamento grande se si associi l'impiego di essi alla resezione delle coste.

Melchior e Sprengel hanno consigliato come materiali di riempimento le cotenne pleuriche costali. Dopo aver resecato le coste inferiori si separano le cotenne pleuriche costali dalla parete toracica disossata, si ripiegano e si rovesciano a lembo con peduncolo superiore verso la volta della cavità empiematica. Il processo è molto indicato, specialmente per la parte superiore del cavo pleurico ove altrimenti la obliterazione sarebbe molto difficile.

Notevole è come in alcuni casi il distacco della pleura parietale avvenga facilmente e possa esser eseguito per via ottusa col solo aiuto delle dita. Il procedimento non è applicabile quando la pleura sia infiltrata di pus e friabile per la ragione che non riesce di ottenere da essa una sufficiente quantità di materiale plastico; pericoli sono sempre il ridestarsi e il diffondersi di processi settici virulenti oppure la necrosi del lembo.

Spesso non si riesce a colmare tutta la cavità; ma se essa resta impiccolita e se è possibile obliterare la parte superiore che è la più difficile a curare, la guarigione completa si può successivamente ottenere con plastiche muscolari o con limitate resezioni costali.

Queste non sempre sono necessarie avendo l'esperienza insegnato che, se la pleura viscerale ha potuto prender aderenza con la pleura parietale distaccata, la cavità secondaria che rimane tra questa e la parete toracica tende a obliterarsi spontaneamente essendo che la cicatrice che si forma tra le parti molli e le coste ha una forza di trazione superiore a quella del polmone.

Propping ha dato a questo procedimento il nome di pleurolisi costali. Rehn ha associato ad esso l'incisione delle cotenne pleuriche polmonari per favorire le distensione del polmone che sollecita con l'applicazione di processi di pressione differenziale.

Kirschner ha proposto un procedimento che ha applicato alle cavità situate nella parte superiore della pleura. Esso consiste nell'eseguire uno sportello toracico, nel distaccare dall'esterno la pleura costale, mobilizzarla fino a portarla a contatto della pleura polmonare e nel colmare la cavità secondaria con un lembo fatto di m. pettorale.

***

Se si considera la lunga serie di processi che sono stati proposti, si viene alla conclusione che per guarire le fistole toraciche, qualora esistano estese cavità, non esiste alcun processo operatorio che non presenti per il malato pericolo di vita e l'inconveniente di una deformazione grave. Tutti i processi che mirano allo scopo con piccoli interventi hanno dato buoni risultati in qualche caso nel quale si trattava di piccole cavità, ma hanno fallito quando si trattava di cavità grandi.

L'A. ha seguito una via diversa dalle solite. È partito dalla considerazione che non raramente gli empiemi acuti guariscono per effetto delle punture evacuatrici eseguite quotidianamente e ha trattato con le punture una raccolta purulenta che si era formata in un empiema inveterato nel quale l'apertura toracotomica si era chiusa spontaneamente. In questo caso ottenne la guarigione.

Considerando che le aperture toracotomiche, se non venissero tenute aperte con drenaggi, si chiuderebbero spontaneamente, sembra all'A. che tale naturale tendenza non debba esser contrariata, anzi favorita. Probabilmente, se si chiude la comunicazione con l'esterno mentre residua una cavità, si formerà una raccolta purulenta; ma questa potrà venir trattata con le punture. Sei casi sottoposti a questo trattamento sono guariti.

L'indirizzo generale da seguire contrariamente a quello generalmente accettato, sarebbe diretto ad ottenere la chiusura dell'apertura di comunicazione con l'esterno prima che la cavità retrostante si sia obliterata.

Tale indirizzo è certo nuovo. Forse qualche cosa di analogo si può vedere nel processo di Tuffier per la cura degli empiemi acuti: toracotomia, sterilizzazione del cavo con irrigazione secondo Carrel, sutura della incisione toracica.

Nella cura degli empiemi inveterati Tuffier procede in modo analogo: dopo ampia toracotomia e regolarizzazione della cavità empiematica, applica l'irrigazione continua; quando la cavità è sterilizzata, decortica il polmone e sutura completamente la ferita toracica. Questa operazione è dunque una associazione del metodo di Carrel al processo di Delorme.

Il procedimento dell'A. è molto più semplice e si fonda principalmente sulla forza risanante della natura alla quale l'arte non apporta che piccoli sussidi.

EGIDI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

E. ROSENTHAL. *Ueber die Simptomatologie und Therapie der Magen und Duodenalgeschwüre mit 81 Abbildungen auf 10 Tafeln.* Verlag S. Karger, Berlin, 1920. Mk. 12.

L'interessante monografia del Rosenthal raccoglie l'esperienza clinica e radiologica fatta nella 1ª Clinica medica di Budapest in più di tre anni di diligente lavoro.

Dopo una serie di dati statistici, in cui la sede delle ulceri viene messa in rapporto col sesso e coll'età, l'autore studia la sintomatologia dell'ulcera gastrica e duodenale analizzando il valore intrinseco e l'importanza dei vari sintomi come criterio di sede. Così vengono presi in considerazione l'appetito, la durata della malattia, la perdita di peso, la localizzazione del dolore e il tempo dopo l'ingestione del cibo in cui esso compare. Vengono inoltre considerati i caratteri dei dolori, l'importanza diagnostica della periodicità di essi, l'importanza e la frequenza delle emorragie latenti o palesi.

Si comprende l'importanza di tali dati quando si pensi che il numero dei gastropazienti osservati supera i 3500, di cui 326 con ulcera gastrica o duodenale controllata o radiologicamente o all'operazione.

Anche ad un'accurata analisi viene sottoposto il valore del reperto del succo gastrico per la diagnosi dell'ulcera ed eventualmente della sede di essa. La parte più degna di considerazione è quella che si riferisce all'indagine radiologica, anche per l'importanza delle osservazioni originali.

Conclusioni del massimo valore risultano dalle considerazioni terapeutiche anche perchè viene sottoposto ad una rigorosa critica il criterio delle indicazioni operatorie che in base all'esperienza recente sono sempre più limitate.

Il lavoro non si presta ad un'accurata analisi bibliografica, ma deve essere letto non solo dai cultori della gastropatologia, ma anche dai medici pratici, che vogliono essere tenuti al corrente di quanto di recente si è fatto in questo ramo così importante della patologia.

P. A.

P. CHIRONI. *Trapianti liberi di fascia nella Patologia sperimentale ed umana.* — Caserta, Tipogr. Beneduce e Papa, 1920.

L'argomento che l'A., non nuovo a questi studî, imprende a trattare nel bel volume che presentiamo ai lettori, è fra i più simpatici ed interessanti della moderna chirurgia. Le 400 pagine circa, che ne formano il contesto, illustrate da 44 figure intercalate, si leggono quasi d'un fiato, sia perchè l'importanza delle esperienze e delle applicazioni conquistano l'attenzione di chi legge, sia perchè lo stile, con la facile ed agile esposizione, sopprime ogni senso di stanchezza.

Il libro è diviso in due parti principali: nella prima si tratta dei trapianti liberi di fascia in patologia sperimentale; nella seconda dell'applicazione dei trapianti liberi di fascia in patologia umana.

La prima parte ha due suddivisioni: una destinata allo studio generale; l'altra a quello speciale e precisamente alle esperienze con striscie di fascia ed a quelle con lembi di fascia. Sono complessivamente 15 capitoli, nei quali l'A., con competenza e diligenza rare, espone minutamente tutte le possibili applicazioni e tutti i tentativi, spesso geniali, qualche volta audaci, dei diversi sperimentatori. Meritano speciale menzione tre serie di esperienze personali dell'A., condotte con tecnica chirurgica perfetta e sottilmente studiate dal punto di vista anatomo-patologico. Le conclusioni, che per l'angustia dello spazio, non possiamo riprodurre, possono essere accettate come testo in questo interessante argomento, pel destino delle striscie o dei lembi trapiantati. Capitoli che attirano specialmente l'attenzione sono: il 4°, nel quale si parla della riparazione di perdita di sostanza delle pareti di organi cavi, ed il 7°, sulla interposizione di fascia nelle articolazioni anchilosate.

Grande lode spetta all'A. per aver sempre messo in evidenza la ricchezza e la genialità del contributo italiano.

La seconda parte è anch'essa suddivisa in generale e speciale: nella prima, sono esposti i vantaggi del trapianto autoplastico sugli altri metodi e della fascia sui varî materiali, la tecnica generale di prelevamento, d'innesto e le fasi istologiche della guarigione. Nella seconda parte, che è la più interessante per il chirurgo, sono riportate, col medesimo ordine che nella parte sperimentale, tutte le applicazioni del metodo alla patologia umana. Ottime figure, riprese dagli originali, illustrano i diversi processi operativi ed una sana critica dà il giusto valore a ciascun caso, senza eccessivi entusiasmi o ingiustificata diffidenza.

La bibliografia, ricca e completa, segue molto praticamente, ogni singolo capitolo.

L'argomento delle plastiche libere ha oggi assunto una tale importanza che il pregevole volume del Chironi non poteva riuscire più opportuno: leggendolo attentamente, anche i più valorosi chirurgi vi troveranno delle notizie interessanti e applicazioni di utilità somma. All'A. rivolgiamo, pertanto, congratulazioni e ringraziamenti sinceri.

T. FERRETTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Resoconto del IV° Congresso internazionale di Urologia tenuto a Parigi dal 5 al 7 luglio 1921.

Secondo quanto era già stato comunicato, nei giorni 5, 6 e 7 luglio ebbe luogo a Parigi il 1° Congresso internazionale di Urologia, o meglio il 1° Interalleato, poichè prima della grande guerra Europea già ve ne erano stati tre veramente internazionali (il 1° a Parigi nel 1907, il 2° a Londra nel 1911 e il 3° a Berlino nel 1914).

***

Sul 1° tema: *Nefriti a sindrome uremigena*, furono relatori TEISSIER, HOGGE, FOSTER. In realtà i relatori considerarono il tema da un punto di vista molto più ampio, e finirono per trattare piuttosto delle ritenzioni uremigene in genere, e della patogenesi dell'uremia.

Per quanto riguarda l'esame funzionale tutti diedero grande importanza alla costante di Ambard: ma affermarono che questa ha vero valore solo quando l'azotemia corrisponde a valori compresi fra 0.35-0.40 % da un lato, e 0.90-1 % dall'altro.

Furono bene esposte tutte le numerose cause che possono modificare l'azotemia.

I relatori trattarono anche, ma brevemente, del valore clinico che può avere la eliminazione della fenolsolfoneftaleina, metodo preferito da alcuni per la maggiore semplicità e anche per gli indici che può dare sulle condizioni cardio-vascolari.

I 3 dati più nuovi furono i seguenti:

1° la importanza della determinazione dell'azoto residuo del sangue (N. totale-N. ureico), il quale sarebbe più direttamente legato all'insorgere dell'uremia;

2° la importanza della determinazione dell'ammoniaca del sangue, sostanza che avrebbe una grande azione uremigena, e che potrebbe accumularsi nel sangue per complessi meccanismi non consistenti solo nella ritenzione;

3° l'importanza della ritenzione del fosforo, che secondo Teissier potrebbe avere una grande azione uremigena.

Per la cura, TEISSIER diede un grande valore alla opoterapia precoce.

Intervennero nella discussione, nell'ordine seguente: ACHARD, CHEVASSU, AMBARD, PIRONDINI, POUSSON, VON HOUTUM, PAVONE, RATHERY, PASQUEREAU, CASTAIGNE, H. BOYER, HOGGE.

AMBARD trattò lungamente delle leggi della eliminazione ureica, ribadendo i concetti della suddivisione delle varie sostanze a seconda che hanno o non hanno una soglia di eliminazione.

Per quanto riguarda l'N, residuo del sangue, in tesi generale fu affermato che ha una grande importanza; ma vi furono anche forti discordanze di giudizio.

Fu detto pure del valore diagnostico e prognostico che possono avere la raccolta frazionata di Williams-Hedinger e l'eliminazione di piccolissime quantità di fluorescina introdotta per iniezione endovenosa (PIRONDINI).

VON HOUTUM trattò delle adrenalinemie, RATHERY delle glicemie nefritiche; infine POUSSON e CASTAIGNE di rari casi in cui possono essere utili la decapsulazione e la nefrotomia.

***

Sul 2° tema: *Esiti lontani delle cure dei traumi dell'uretra*, furono relatori GARDINI, PASTEAU e ISELIN e KIDD.

Tutti i relatori furono concordi nell'ammettere che a volte, in casi molto favorevoli (naturalmente di traumi lievi), una stenosi pericolosa non si forma. Oppure si ha una stenosi che può essere curata colla dilatazione sistematicamente ripetuta. In tutti gli altri casi, un intervento si impone.

Tuttavia i relatori furono concordi in tesi generale nell'ammettere che l'intervento precoce sul focolaio è per lo più inopportuno. Quando speciali ragioni lo rendono necessario è per lo più opportuno rinunziare a fini radicali e completi.

Invece, nella maggior parte dei casi l'intervento precoce utile è la derivazione urinaria preliminare mediante cistotomia sovrapubica, derivazione che però spesso è necessaria anche per gli interventi tardivi.

Per quanto riguarda gli interventi, i relatori non esclusero che il vecchio metodo della uretrotomia esterna semplice, praticato più o meno precocemente, possa dare a volte buoni risultati.

Ma si diffusero molto di più sulle plastiche con lembi cutanei, e specialmente sulla operazione di Marion consistente nella derivazione preliminare sovrapubica, e nella resezione del tratto uretrale stenotico, con sutura capo a capo.

I relatori meno si estesero tutti sulle plastiche vasali: non può negarsi la importanza di tali metodi; ma non è possibile formulare ancora giu-

dizi decisi. Comunque non sembra che possano avere decisa superiorità sulla operazione di Marion.

Infine Kidd richiamò anche l'attenzione sulla importanza dell'uretroscopia per giudicare a volte dei risultati post-operatori, a volte anche di determinati fenomeni e decorsi post-operatorii che altrimenti potrebbero rimanere oscuri.

Nella discussione intervennero nell'ordine seguente: ESCAT, KEYES, THEVENOT, PIRONDINI, MARION, VERHOOGEN, GAUTHIER, ANDRÉ, MICHON, JEANBRAU, PAVONE, GUISY.

In tale discussione furono ancora riconfermate la possibilità, ma nel tempo stesso la eccezionale rarità di quei casi in cui può bastare la dilatazione sistematicamente ripetuta. Anche seguendo il metodo della dilatazione termica, pei risultati lontani almeno, non si può sperare di più di quanto può dare la dilatazione semplice (Pirondini).

Per quanto riguarda gli interventi per stenosi post-traumatica, anche nella discussione fu data prevalente importanza alla plastica cutanea e ancora più alla operazione di Marion. Marion stesso ne dimostrò il grande valore sulla base di molte e importanti osservazioni a distanza.

Non pochi però ammisero, e forse giustamente, che non può essere sempre prescelta e tenuta una condotta unica: Michon fu il più eclettico.

Sulla disinserzione dell'aponeurosi perineale media per facilitare l'operazione radicale, i pareri furono discordi: THEVENOT ne fu il più convinto sostenitore; al contrario MARION e altri diedero a tale tecnica una importanza molto limitata.

Comunque, molti furono concordi nell'ammettere che a volte, anche dopo una regolare resezione il cateterismo esploratore può essere difficile: talora è possibile passare solo con una grossa Beniqué e non con una piccola oliva, talora è difficilissimo passare con ogni strumento. Eppure, le osservazioni ripetute a gran distanza dimostrano che il risultato funzionale è perfetto. Onde le più grandi cautele si impongono per tali giudizi.

***

Sul 3° tema: *Pielografia*, furono relatori LASIO, PAPIN, YOUNG e WATERS.

Tutti i relatori furono concordi nel rinunziare ormai al collargolo che è una sostanza pericolosa specialmente in forte concentrazione. E diedero la preferenza ai sali di torio, e ancora più allo ioduro potassico e al bromuro sodico.

Giustamente YOUNG richiamò l'attenzione sulla grande importanza che pel cateterismo ureterale pielografico possono avere i cistoscopi americani di tipo Brown-Buerger, coi quali si può sicuramente evitare lo spostamento dei cateteri ureterali, quando si estrae il cistoscopio.

Tutti i relatori concordemente diedero la preferenza al cateterismo con cateteri di calibro piuttosto piccolo (onde aver per così dire come valvola di sicurezza una facile filtrazione), e alla introduzione della soluzione opaca, mediante la semplice pressione atmosferica (per evitare eccessi di pressione).

YOUNG lungamente insistette sulla utilità di un tavolo che permetta il cateterismo ureterale e la radiografia, e sulla grande utilità di radiografie successivamente ottenute in posizioni diverse.

Per quanto riguarda le applicazioni, i relatori affermarono che la pielografia può a volte riuscire assai utile in ogni forma di lesione renale, persino nella calcolosi, ove può dimostrare calcoli poco opachi, nel senso negativo.

Ma le indicazioni di più grande importanza si riferiscono alle alterazioni congenite del rene e uretere, alle uronefrosi e alle uropionefrosi, ed è specialmente in questi casi in cui può essere utilissimo anche lo studio del decorso ureterico (uretero-pielografia).

Secondo PAPIN una delle maggiori utilità di questo metodo consisterebbe nel permettere la diagnosi delle piccole uronefrosi, causa di non poche sintomatologie oscure.

Tutti i relatori fecero un'ampia dimostrazione radiografica.

Contribuirono alla discussione nel seguente ordine: ESCAT, PIRONDINI, SMITH, PASTEAU, GENOUVILLE, PAVONE, BRONZERSMA, BEYER, BONANOME, LANDSMECKER, MAINGOT, e alcuni di questi aggiunsero altre dimostrazioni radiografiche.

E in tale discussione per quanto riguarda la tecnica fu confermata in tesi generale quella esposta dai relatori. Alcuni però diedero importanza ancor maggiore alla cautela con cui deve essere introdotto il liquido opaco, che al liquido stesso; per alcuni tale introduzione può essere fatta molto correttamente anche mediante la comune siringa a 3 anelli. Tutti concordemente affermarono che la pielografia ha ormai una tecnica così bene stabilita, che può essere applicata colla più grande larghezza senza timore alcuno. Del resto, per quello che riguarda le applicazioni, fu confermato in tesi generale quanto fu esposto dai relatori.

PIRONDINI richiamò l'attenzione sulla complessità di interpretazione delle immagini lacunari nella applicazione della pielografia alla diagnosi dei tumori, e così pure sulla utilità della pielografia per la diagnosi di incrocio ureterico, come pure per la diagnosi (in rari casi però) di pertinenza di una tumefazione addominale.

PASTEAU trattò largamente delle indicazioni della pielografia, affermando che pur essendo un metodo assai utile, ha però indicazioni ben precise, e non deve avere una sistematica applicazione, come alcuni vorrebbero.

BONANOME trattò della pielografia e della uretero-pielografia per lo studio esatto degli ostacoli ureterici.

MAINGOT parlò a lungo della tecnica radiologica, tornando sulle grandi utilità di un tavolo che permetta il cateterismo ureterale e la radiografia in posizioni varie, e richiamò l'attenzione sul fatto che in ogni pielografia bene riuscita si deve vedere nettamente l'ombra renale.

***

Su proposta del prof. GIORGIO NICOLICH, di Trieste, fu, come sede del futuro Congresso internazionale di Urologia, scelta Roma.

Dott. E. PIRONDINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

DIAGNOSTICA E CASISTICA.

La diagnosi della gravidanza nella prima metà.

1. *La cessazione dei mestrui deve far pensare alla gravidanza*, specialmente in una donna sempre regolata: bisogna però tener presenti altre cause di amenorrea come: cambiamento di clima, di residenza, di modo di vivere (primi tempi di matrimonio); freddo, emozioni; interventi terapeutici (raschiamento, radio- e radiumterapia di fibromi); malattie generali (tubercolosi, sifilide secondaria); insufficienza ovarica da infezioni latenti od incidenti della vita sessuale, oppure da allattamento. Quando poi i mestrui sono regolari per data di comparsa, quantità e qualità, bisogna pensare anzitutto che la donna non sia incinta: la si deve quindi interrogare minuziosamente in proposito e spesso si vedrà che si tratta non già di regole, ma di perdite (minaccia di aborto, erosione cervicale, metrorragie durante una gravidanza tubaria, endometrite; in quest'ultima le perdite si hanno di solito ai periodi mestruali).

2. *La gestazione determina modificazioni nell'organismo che hanno però valore relativo.* (H. Vignes, *Journal des praticiens*, XXXIV, pag. 649). Appartengono a questa categoria i disturbi simpatici, l'aumento di volume delle mammelle, la comparsa di colostro (dopo la 12ª settimana: può però verificarsi anche nei miomi, in lesioni ovariche), le modificazioni pigmentarie del viso e dell'addome (linea bruna ombelico-pubica), la colorazione della vulva, comparsa di varici, degli arti, della vulva, emorroidi: in alcune donne si ha all'inizio della gestazione un appiattimento del ventre, in altre invece un aumento.

3. *L'esplorazione uterina può dare segni di grande probabilità.* L'utero gravido è aumentato di volume; più che altro però è importante rilevare l'aumento di volume fra due esami successivi. L'utero inoltre cambia di forma: il diametro antero-posteriore aumenta più precocemente che il trasversale, poi anche questo aumenta, ciò che si avverte sentendo una resistenza nel cul di sacco laterale: l'utero diventa poi sempre più globoso. Importante è la modificazione della consistenza: il rammollimento si estende a tutto l'organo e specialmente al collo; se questo si sente duro come la cartilagine nasale, si può dire che non vi è gestazione, la quale invece può affermarsi, se il collo è molle come un labbro. Verso l'8ª settimana compaiono poi le contrazioni.

Le condizioni che possono modificare il volume uterino sono: certe metriti e congestioni uterine (utero non globoso e sensibile alla palpazione), diversi tipi di fibromi uterini, l'utero fiancheggiato da una cisti ovarica (tumore laterale, che si sviluppa lentamente, persistenza dei mestrui): comunque, specialmente nei casi in cui si sospetta un fibroma, è bene pronunziarsi solo dopo un secondo esame.

Bisogna poi assicurarsi che la gravidanza sia realmente endouterina; talvolta con i segni di gravidanza, si avverte qualche cosa di grosso nell'addome, senza poterne precisare bene i caratteri.

r. s.

Segni della morte intrauterina del feto.

La diagnosi è difficile nei primi tempi della gravidanza e può essere sospettata, quando cessa improvvisamente il malessere al mattino, compare un po' di latte, l'utero è meno grosso di quanto può presumersi, od è diminuito di volume ed è diventato più consistente.

A gestazione più avanzata si possono avere i segni seguenti (H. Vignes, *Progrès méd.*, anno 1921, pag. 17): 1° mancanza di movimenti; 2° notevole ingrossamento dell'addome, che fa pensare ad idramnio; 3° presenza di infezione, grave o leggera; 4° altre precedenti morti di feto nell'utero. Bisogna allora ricercare: *a*) la data esatta in cui sono stati sentiti i movimenti; *b*) segni di intossicazione (albuminuria, elevata pressione sanguigna; *c*) comparsa di latte; *d*) volume insufficiente dell'utero; *e*) consistenza dell'utero, che, invece di diventare più sodo ed elastico, è molle e si delimita male; *f*) crepitazione ossea dovuta alla macerazione del feto; *g*) assenza di battiti fetali, che però, in caso di idramnio, possono non udirsi anche se il feto è vivo.

r. s.

Rottura dell'utero consecutiva ad iniezioni di pituitrina.

Ad una donna, che aveva avuto 13 parti (dall'ultimo erano trascorsi due anni) con collo completamente dilatato e testa fetale già in basso nella pelvi, ma con doglie deboli, venne praticata l'iniezione di 1/2 cmc. di pituitrina. Dopo un'ora i dolori si iniziarono assai violenti, l'utero si mise in contrazione quasi tetanica: stava per essere espulsa la testa, quando la donna, con un forte grido cadde in collasso: cessarono i dolori, la testa

si ritirò, il polso divenne quasi impercettibile. Ammessa all'ospedale in stato di grave *shock*, si fecero iniezioni di morfina, leggere inalazioni di etere ed ipodermoclisi. Migliorate leggermente le condizioni generali, A. W. Bourne (*Clinical Journ.* e *Med. Review*, marzo 1921) procedette alla perforazione del cranio fetale, seguita da decapitazione: alla fuoriuscita della testa tenne dietro un nuovo gravissimo *shock*, che non permise l'apertura dell'addome: nonostante una trasfusione di sangue dal marito, la donna morì in poche ore.

Alla necroscopia, si trovò il corpo fetale con la placenta liberi nell'addome; l'utero, molto assottigliato nel segmento inferiore, mostrava una lacerazione lunga oltre 12 cm. che comprendeva le pareti laterale ed anteriore; il peritoneo era lacerato per circa 17 cm. in corrispondenza del legamento largo.

Il caso si presta a diverse considerazioni: non vi erano difficoltà nella filiera pelvica, il piano perineale era già cedevole per i parti antecedenti; dopo sole 18 ore, da che si erano iniziati i dolori, si era prodotto un notevole assottigliamento del segmento inferiore, in cui vi era un estremo grado di fibrosi senza però degenerazione grassa. La pituitrina non aveva manifestato alcuna azione per un'ora, mentre poi si erano verificati forti dolori e la rottura, nell'atto stesso che stava per essere espulsa la testa. Questa osservazione, che non è isolata, deve rendere cauti nell'uso della pituitrina, la quale dovrebbe essere esclusa nelle donne oltre i 35-40 anni, ed adoperata, secondo l'A., soltanto dopo l'espulsione della placenta, per frenare le eventuali emorragie e provocare la retrazione: l'usarla dopo la fuoriuscita del feto e prima di quella della placenta, può provocare la formazione di utero a clepsidra, che conduce a ritenzione della placenta stessa.

r. s.

Rottura della vescica durante il parto.

J. W. Poucher (*Am. Journal of Obst. and Gynec.*, 1921, pag. 371) riferisce il caso di una primipara, in cui le doglie, dopo aver durato sei ore, cessarono subitamente dopo un violento parossismo: la respirazione si fece penosa, il polso frequente e debole, l'espressione ansiosa: esaurimento generale, sudore freddo. La testa era in basso: per la mancanza di dolori venne fatta diagnosi di rottura dell'utero. Sotto l'azione di stimolanti, si ebbe qualche miglioramento, sicchè l'A. potè decidersi all'estrazione, che fu compiuta agevolmente col forcipe sotto leggera anestesia cloroformica. Con meraviglia dell'A. l'utero si contrasse normalmente ed espulse la placenta. La donna passò una notte discreta: l'indomani però si lamentò di malessere all'addome, che venne trovato disteso per presenza di liquido; poichè la donna non aveva orinato fin dal parto, venne cateterizzata; si ebbe così la fuoriuscita di un paio di litri di orina leggermente sanguinolenta e notevole diminuzione della tensione addominale.

La laparotomia mise in evidenza una lacerazione trasversa della vescica, verso il fondo, lunga circa 7 cm., che venne suturata con catgut; asportazione della notevole quantità di urina che trovavasi nella cavità addominale e pelvica, applicazione di un tubo di drenaggio, lasciato per tre giorni; catetere a permanenza per 24 ore, poi cateterismo ogni ora: guarigione.

La rottura della vescica in condizioni come quella accennata, è rara, verificandosi di solito in occasione di parti prolungati o per lesione nell'applicazione di strumenti (forcipe) con risultato di fistola utero-vescicale o vagino-vescicale. Nel caso in questione, probabilmente la vescica era piena e la testa fetale, scendendo, l'ha schiacciata contro il pube. L'operazione per rottura di vescica deve essere fatta al più presto: nel caso riferito è stata praticata 12 ore dopo ed ha avuto esito buono: il peritoneo non ha sofferto per la presenza di urina sterile; la lacerazione, sebbene estesa, non ha dato luogo ad emorragia.

r. s.

TERAPIA.

L'urea come diuretico.

L'azione diuretica dell'urea può essere sfruttata in terapia (F. Johannessohn, *Med. klin.*, n. 24, 1921) anche se i reni sono alterati. In special modo la somministrazione di urea in 5 dosi giornaliere di 20 gr., sciolti in doppia quantità di acqua (si incomincia con dosi minori per salire gradatamente a quelle più alte) riesce efficace in tutte le forme di idrope risp. di raccolte liquide in cavità, *quando non esista una spiccata insufficenza renale.*

POLLITZER.

Sulla cura dell'orticaria.

L'orticaria è considerata come estrinsecazione di reazione umorale, causata da ingestione o da produzione nell'organismo di sostanze tossiche; da tali nozioni deve essere diretta la cura.

Il trattamento esterno non può essere che palliativo: si mitiga il prurito con bagni generali caldi, lavature con acqua leggermente

acidulata con aceto, o succo di limone, o si applica la pasta al mentolo (mentolo g. 1: polvere di amido, ossido di zinco, vaselina, lanolina, ana g. 25).

Se vi sono cause evidenti (elminti, cisti, idatidea, ecc.) si cercherà di eliminarle. P. Ravaut consiglia (*Presse médicale*, 1921, n. 15) l'antianafilassi specifica, somministrando, per bocca o per iniezioni, la sostanza nociva a dosi minime, oppure l'antianafilassi non specifica (peptone cg. 50) prima della ingestione della sostanza nociva o prima del pasto. Spesso riescono efficaci l'autosiero o autoemoterapia, con qualche cmc. di sangue dello stesso infermo. Anche l'uso dell'iposolfito di sodio ha dato buoni risultati, con la somministrazione di dosi di 5-10 g. al giorno o meglio per iniezioni endovenose di 5-20 cmc. di soluzione al 20 %, da ripetersi ogni tre giorni. Eventualmente possono combinarsi i diversi metodi.

fil.

Le applicazioni esterne calde nella terapia gastrica

È nota l'influenza benefica sedativa delle applicazioni calde contro le manifestazioni dolorose in certe affezioni gastriche. A. Fischer (*Schweiz med. Wochn.* e *Presse médicale*, 1921, n. 15) ha tentato di spiegare il meccanismo di azione per mezzo di numerose esperienze, in cui ha raccolto il succo gastrico puro ed ha così osservato che l'applicazione del caldo (locale o generale) determina una diminuzione della quantità del succo gastrico, diminuzione che può arrivare al 50 %; le proporzioni di acido cloridrico e di pepsina rimangono invece normali. Trattasi di un impoverimento dell'organismo in acqua; il meccanismo di regolazione termica determina una evaporazione attiva ed un abbassamento dell'attività secretoria dello stomaco, forse anche il calore agisce sulla mucosa gastrica per via riflessa. Qualunque ipotesi si adduca, resta pur sempre giustificato, anche dal punto di vista sperimentale, l'uso delle applicazioni calde nell'ulcera gastrica e nelle malattie che si accompagnano ad ipersecrezione.

fil.

IGIENE.

Igiene rurale - Le case coloniche.

Se la sorveglianza igienica sulle condizioni di abitabilità delle case viene più o meno esercitata nelle grandi città, essa è tuttora un mito per gli abitati rurali. Non che manchino disposizioni legislative al riguardo: basta consultare gli art. 69-71 del Testo Unico, 104-108 del Regolamento 19 luglio 1906, e 114-136 delle Istruzioni Ministeriali per la compilazione dei regolamenti locali. Ivi sono elencate le condizioni minime a cui debbono rispondere le case rurali, ed è ricordato l'obbligo della sorveglianza da parte dell'ufficiale sanitario, che deve ispezionare ogni triennio le case, compilare la relazione, interessarne il sindaco, il medico provinciale e fare imporre eventuali modificazioni. A giudicare dalle condizioni della maggior parte delle case coloniche in Italia, si deve ritenere che ben poco di questo programma si sia fatto.

Vari sono i coefficienti di questo stato di cose: anzitutto il problema di una casa salubre, per quanto di capitale importanza, si presenta di fronte ad altri meno urgente nelle campagne, che nelle città. Nelle prime, specialmente per quanto riguarda l'Italia settentrionale e parte della media, con case isolate o riunite in piccoli villaggi, il contadino passa all'aperto la massima parte della giornata, sicchè controbilancia in certo modo i malefici effetti della casa insalubre, ciò che non è possibile per l'abitatore dei grandi centri, che, dal tugurio affollato, passa all'officina, all'ufficio, sempre in condizioni di aereazione poco favorevoli. Un'altra ragione, per cui riesce difficile attuare nelle case rurali i voluti miglioramenti, risiede nel fatto che il proprietario della casa spesso non possiede null'altro o solo poco terreno su cui vive; e non ha capitali sufficienti da poter dedicare alle migliorie. È quindi malagevole imporre ad esso delle spese che potrebbero condurlo alla rovina.

Sulla scarsa ed incompleta applicazione delle citate disposizioni il Ministero dell'Interno ha richiamato ripetutamente l'attenzione con le circolari 20900-28 del 27 agosto 1907 e del 14 giugno 1908 senza però ottenere notevoli effetti. Occorre qualche cosa di più che una circolare od un articolo di regolamento; occorrono provvedimenti complessi, che non si limitino a negare il permesso di abitabilità o ad elevare una contravvenzione, ma che incitino ed aiutino, specialmente il piccolo proprietario, ad introdurre i miglioramenti necessari. Talvolta più che ad incuria, le cattive condizioni dei fabbricati sono dovute ad

ignoranza, per il fatto che le costruzioni vengono intraprese spesso da semplici muratori, ed ora, anzi, con la diffusione delle costruzioni mediante blocchi di cemento, anche da individui poco pratici persino nell'arte muraria; chi scrive ricorda di aver veduto sorgere una casa in cui, a primo piano ultimato, il costruttore si accorse di non aver preveduto nel progetto la necessità della scala, che venne poi aggiunta all'esterno. Che meraviglia dunque se costruttori di tal fatta trascurano le norme igieniche, che a noi sembrano più ovvie? Si fabbricano quindi stanze a cubatura ed illuminazione insufficienti, si scava un pozzo in mezzo ad un cortile, in un punto declive, verso cui convergono gli scoli e lo scolaticcio del letamaio. E le latrine? quanti sono i villaggi, i paesetti in cui ogni casa possegga una latrina? ed anche quelle che vi sono in che stato si trovano? Le feci disseminate dovunque finiscono per rimescolarsi con la terra, per diffondere i loro detriti in ogni dove, con quale pericolo ognuno comprende. Le Istruzioni ministeriali prescrivono (art. 126) che ogni abitazione per una famiglia debba avere una latrina: con maggiore senso della realtà però le citate circolari danno consigli sulla costruzione della latrina «ove si voglia corredarne il fabbricato», riconoscendo così implicitamente che l'imposizione precedente ha avuto scarso effetto.

Il problema della salubrità delle case coloniche non può pertanto considerarsi tanto semplice ed esige riforme di vario genere. Ben a ragione la Commissione pellagrologica di Bergamo ha ritenuto necessario che la questione venisse studiata seriamente ed ha quindi bandito un concorso per case coloniche tipo, accompagnando le norme del concorso stesso con una relazione in cui, fra l'altro, si riconosce «opportuno concedere a chi costruisce o riadatta case secondo tali tipi, uno sgravio od un esonero di imposta. Occorrerebbe invece tassare gravemente l'industria dell'affitto di case rustiche, onde costringere gli speculatori indegni o a vendere o a riformare certi abituri, che vengono affittati a 150 e 200 lire per locale nella pingue e ferace pianura, che si stende dalla città di Bergamo all'Adda». Attualmente invece sembra che si vogliano premiare tali speculatori, che pagano imposte minime e sfuggono in gran parte al fisco, per via di sotterfugi.

Nelle citate Norme, dettate dalla Commissione pellagrologica di Bergamo, si è avuto speciale riguardo ai locali per l'essiccamento e conservazione del granturco, alle stalle, per le quali vanno studiati particolarmente i sistemi di aerazione e di ventilazione (in modo da eliminare i danni del vapor acqueo e della sua condensazione) e la stanza per la mungitura. Particolare attenzione merita lo smaltimento dei rifiuti (letamai a tettoja, con fosse, lavandini, acquai con sifoni e con adatta ventilazione): sono preveduti gli impianti di acqua potabile, di raccolta dell'acqua piovana, di riscaldamento di locali con lavabi e doccie.

Auguriamoci che gli ingegneri italiani accolgano opportunamente l'invito e sappiano studiare tipi costruttivi essenzialmente pratici e saggiamente economici, e non tardino i provvedimenti legislativi a cui si è accennato, sicchè si possa risolutamente mettersi sulla via di dare al contadino una casa salubre, primo passo verso il miglioramento igienico delle nostre popolazioni.

A. FILIPPINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1389) Al dott. M. B. da Siderno:

Non è stata pubblicata una monografia recente sul vaiuolo e sul vaccino, nè vi sono pubblicazioni estere recentissime tradotte in italiano. Lavori completi sull'argomento sono: quello del Casagrandi: *Etiologia del vaiuolo*, comparso negli *Annali d'Igiene sperimentale* del 1910, e le monografie del Cagnoni e del Berti, presentate al Congresso di pediatria del 1911 e pubblicate negli atti del Congresso.

Recentemente il Goodall ha trattato della vaccinazione per via orale in due articoli comparsi nell'*American Journal Medical Section* del novembre 1919 e nel *Journal of the American medical Association*, n. 4 del 1920: tali articoli non sono stati tradotti in italiano.

Anche nel *Manuale di Micologia patologica*, pubblicato in tedesco sotto la direzione del Prowazek, è stata pubblicata una completa monografia sulla biologia del presunto germe causale del vaiuolo e su quello del vaccino; ma anche questa non è tradotta in italiano. Nella nostra lingua vi sono solo gli ottimi lavori del Volpino sul germe produttore del vaccino.

S.

(1390) All'abbonato n. 11118 da B.:

1. *Le polveri del Pollini* sono a base di salsapariglia: altra preparazione analoga è il decotto del Pollini, di cui Hager dà la seguente composizione: Radice di salsapariglia gr. 30, Legno guaiaco g. 26, Mallo di noce g. 8, Solfuro nero di antimonio levigato gr. 2.5, Acqua q. b. per la colatura di g. 700: aggiungi Acqua di cannella, sciroppo di corteccia d'arancio ana g. 30. Non contiene affatto arsenicali. Per mag-

giori particolari consulti il lavoro del dottor M. DE CRISTOFORIS: *Il farmaco antisifilitico Pollini.* Milano, tipografia Renato Romitelli, anno 1912.

2. Gli arsenobenzoli non hanno controindicazioni particolari (salvo quelle generali) nei casi a diagnosi incerta.

fil.

(1391) Al dott. E. P. da Santeramo:

G. LA ROSA: *Guida Commerciale per il corpo sanitario in difesa della produzione nazionale.* Milano, Via Boscovic 4. Prezzo L. 30.

fil.

(1392) Al dott. G. d. A. da S. R.:

Per i trattati di odontojatria, consulti il fascicolo 8 (pag. 278) di quest'anno.

r. s.

(1393) *Iniezioni endovenose di neosalvarsan.* — Al dott. G. P. da C. M. (Foggia):

Per quanto si sia ora più larghi che non in principio nel somministrare il neosalvarsan per via endovenosa, riteniamo che lo stato di cachessia grave, l'insufficienza renale, le gravi alterazioni del cuore, dei vasi, dell'encefalo, del fegato rappresentino altrettante controindicazioni quasi assolute o per lo meno facciano obbligo al medico di usare le massime cautele nell'applicare questo metodo di cura.

V. M.

(1394) Al dott. T. S. da V. E.:

BELLI C. M.: *Igiene navale.* Soc. editrice libraria Milano. — RIBOLLA R.: *Il medico a bordo e nei paesi tropicali.* U. Hoepli, ed., Milano. — BROOKE G. E.: *Marine Hygiene and Sanitation.* Ballière, Tindall e Cox, Londra.

fil.

(1395) Al dott. P. U. da Torino:

Non conosciamo mezzi adatti a far sì che i capelli neri assumano il colorito bianco.

V. M.

(1396) Al dott. E. R. da G.:

1) *Cura della pertosse con iniezioni di etere.* Nel lavoro del prof. Genoese, pubblicato sul *Policlinico*, Sez. Pratica, 1921, n. 6, pag. 187 e segg., troverà le indicazioni richieste.

2) *Sterilizzazione dei guanti di gomma.* Tenerli in acqua bollente per 10 minuti.

3) Tintura di jodio officinale di fresca preparazione con aggiunta di un cristallo di acido jodico, che rimane in massima parte indisciolto ed impedisce la formazione di acido jodidrico.

fil.

(1397) *Esiti di epididimite blenorragica.* — Al dott. G. M. da Milano:

Non crediamo che negli esiti di epididimite blenorragica, quando è avvenuta la neoformazione fibrosa, la radiologia possa dare il ritorno degli spermatozoi nè sapremmo quindi consigliare questo metodo di cura.

V. M.

DIVAGAZIONI.

Per l'educazione del carattere.

Il periodico *Diritti e Doveri,* organo dell'Associazione Magistrale Trentina, pubblica un articolo di G« regario », che meriterebbe di richiamare l'attenzione di tutti coloro cui stanno a cuore le sorti del nostro Paese. Ne riproduciamo alcune parti più significative.

***

La mancanza del carattere apre un abisso nella compagine morale della società moderna satura di sapere; altra riprova, se mai ce ne fosse bisogno, che la scienza non basta a costruire le anime.

Il mondo antico presenta una magnifica galleria di caratteri i quali, plasmati o da un forte sentimento o da un forte pensiero di scuola filosofica, si drizzano dinanzi alla infingardaggine e alla tirannide sprezzando, sfidando, vincendo. La scuola cristiana educò legioni di nobilissimi caratteri non solo tra i cospicui dell'intelligenza, ma anche tra gli umili del mondo e — fenomeno novissimo — nel regno oppresso della donna, elevandoli dinanzi alla dignità della propria coscienza, armandoli alla vittoria con la clava dei principii morali e della legge evangelica. Il secolo nostro, invece, sfibrato dalla negazione, infrollito dalla ipercoltura, materializzato dall'affarismo, non trova più in sè stesso le idealità e i vigorosi impulsi nè del cristiano nè dello stoico; tira su delle querule figure da comparsa che si stemprano in un bagnomaria, incapaci di uscire dalla folla per improntare una propria personalità sulla grandezza dei principii, su la solidità adamantina del *sustine et abstine.*

Il socialismo, fra tante altre fanfaroniche pretese, vanta pur quella di essere un semenzaio di caratteri. « Sentiamo — scriveva un giornale rosso, il 24 giugno 1913 — sentiamo che dalle file della nostra giovine guardia usciranno gli uomini atti a impugnare la spada. Il mondo borghese guaiola sulla crescente effeminatezza, sulla mancanza di uomini di carattere che non si trovano più neanche con la lanterna; ma noi... » — Ah già, loro! Al giovane che ama, per istinto, l'idealità, il fantastico, il meraviglioso, il disinteresse, essi dànno il calcolo, l'affare, la violenza, la brutalità, il disamore per il lavoro, che presentano come una ma-

ledizione, come un castigo. Essi concentrano tutto l'uomo intorno a una cravatta rossa, tutta la saggezza intorno all'ampiezza del ventre...

Ecco il carattere a cui educa il socialismo i suoi adepti, e ci riesce meravigliosamente. A considerare superficialmente lo scomposto agitarsi dell'uomo: il correre, l'affannarsi, le sue lotte, le sue imprese, a sentire le sue magnifiche pubbliche orazioni, a leggere la sua sapienza nei libri, si sarebbe tentati a credere che il mondo crepi per esuberanza di energia, per esplosione di carattere, che è figlio legittimo della forza e della volontà. E invece! La forza c'è, la volontà c'è, ma l'una e l'altra l'uomo rivolge esclusivamente al mondo esteriore: al guadagno, al piacere, al dominio, e per arrivare a questa meta procede calpestando, distruggendo, o, per lo meno, trascurando la sua vita intima, il suo vero *io*. Di qui l'immenso disagio della odierna società: irrequietudine, convulsione, altalena, camaleontismo e proteismo, insufficienza individuale, bisogno di appoggiarsi alla collettività, e per tutti lo stesso ombrello, lo stesso berretto, le stesse frasi, lo stesso fatale andare.

Da un pezzo si lamenta che la scuola non educa e, purtroppo, essa continua a non educare virilmente. È naturale perciò che il fanciullo, vivendo in mezzo a un ambiente così disfattista, cresca senza sapere neppure che cosa sia il carattere. Bisogna insegnarglielo, perchè l'uomo senza carattere potrà servire, momentaneamente, al suo interesse; ma in nessun modo a quello della Patria e della società.

Il maestro che senta la pietà per i figli dell'Italia nuova, trova dinanzi a sè un problema sociale di primissimo ordine ed è chiamato dal suo ufficio a portare un generoso contributo di lavoro, per la soluzione del problema stesso. Il compito è difficile ma non impossibile. Quasi ogni fanciullo porta con sè delle energie latenti e germi di idealità che sono molto propizi all'educazione del carattere.

Il carattere è *coscienza*: il maestro svegli dunque la coscienza del fanciullo, la illumini, la scuota. Spieghi il significato della vita morale, la bellezza della virtù, la grandezza di essere un uomo che non corre sempre dove tutti corrono; l'eroismo della resistenza al male, la superiorità della forza necessaria per vincere sè stessi; la soddisfazione di non servire, ma di imporsi alla piazza con la dignità e l'energia.

Il carattere è *verità*: e sia, sopratutto, il maestro un esempio di veridicità; non falsifichi caricando le tinte del buono e del cattivo; quando promette mantenga la promessa fatta; non esageri nella lode e nel rimprovero; non allarghi troppo le ali alla frase, non ecceda nel complimento; mostri predilezione per le cose semplici, genuine, sostanziali; e persuada i suoi alunni che il mentitore è un uomo perduto per la società.

Il carattere è *volontà*. Certe correnti pratiche e teoriche son fatte apposta per addormentare la volontà e sbugiardare l'antico proverbio che volere è potere. Si insegna che l'uomo è vittima delle circostanze, dell'ambiente, dei nervi, del microbo, del destino contro il quale è inutile cozzare. La forza irresistibile assolve l'infingardo, il ladro e il delinquente! Insorga il maestro contro questa e ogni altra dottrina debilitante e presenti l'uomo agente, padrone delle sue azioni. Rimetta la volontà sull'alto trono del suo regno nel mondo: volontà ed energia nell'ordine e nella giustizia, dominio di sè negli impulsi della passione, fortezza nel dolore o nella sventura! Non esiga dai suoi scolari l'obbedienza cieca, che rende cadavere, ma comandando e proibendo dimostri la convenienza del comando o della proibizione, e induca ad accettare l'una e l'altra come esigenza di un dovere, come un postulato di libertà, come elemento di ordine, non come una limitazione della volontà. Faccia *volere* quello che egli vuole. In questo modo il divieto diverrà comando non solo accettato, ma anche voluto; la rinunzia diverrà conquista, il pensiero attività e l'attività combattimento e vittoria.

L'animo incorrotto del fanciullo accoglie tesori di ammirazione per tutto quello che è grande, virtuoso, forte e generoso. Accenda l'educatore quei nobili sentimenti, scelga dalla storia le figure più eloquenti per grandezza di carattere e le presenti allo scolaro sotto la luce della loro elevatezza morale. Però non si limiti agli eroi dei secoli sepolti: cerchi e trovi l'esempio negli avvenimenti dell'ora, negli angoli della vita oscura, tra le persone viventi nelle stesse condizioni dell'alunno: accanto ad una madre eroina di pazienza tra i costringimenti della sventura, sul letto di un infermo sorridente al dolore e alla morte, sulle panche di certi scolari che sfidano la neve e il freddo e il lungo cammino per arrivare puntualmente alla scuola. Imparerà allora che a questo mondo esiste una grande sublime virtù che si chiama carattere, e che per possederla non occorre la stoffa degli eroi ma quella comune a ogni uomo, pur che sia lavorata, coltivata, nobilitata.

PUBBLICAZIONI PERVENUTE.

TONNINI GUALFARDO. *Studi sugli elementi morfologici del sangue nell'avvelenamento acuto e subacuto da fosforo.* — Genova.

ID. *Relazione finanziaria, statistica e morale dell'Ospedale Bartolini per l'anno* 1920. — Senigallia, Tip. Senigalliese, 1921.

ID. *La linfocitosi nelle tubercolosi chirurgiche.* — Milano, F. Vallardi, 1914.

GAMMA CARLO. *Sulla costituzione dei globuli rossi nel sangue normale e nel sangue patologico.* — Piacenza, Stab. Tip. E. Rebecchi e F., 1920.

ID. *Sopra uno speciale reperto microscopico che si osserva nel tessuto nervoso degli ammalati di encefalite letargica.* — Torino, Tip. dell'Unione Tip.-Ed. Torinese.

ID. *Commento al reperto isto-patologico di un caso subacuto di encefalite epidemica.* — Firenze, Stab. Tip. E. Ariani, 1921.

ID. *Ricerche sull'istogenesi e sulla topografia delle lesioni nell'encefalite epidemica.* — Parma, Tip. Coop. Parmense, 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INTERESSI PROFESSIONALI.

Proposta di un capitolato per i Medici Ospedalieri.

Ill.mo Sig. Presidente dell'Associazione Nazionale dei Medici Ospedalieri,

I Medici Condotti si sono organizzati in una forte Associazione Nazionale, ed hanno raggiunto notevoli miglioramenti economici, non solo per la loro costanza e disciplina, ma anche perchè hanno definito le loro aspirazioni in un capitolato, che sono riusciti ad imporre alle Giunte Provinciali Amministrative ed ai Comuni.

I Medici Ospedalieri, bene organizzati in alcune Provincie, in altre costituitisi di recente in Associazione, sono ben lontani dalla meta alla quale tendono, appunto perchè non hanno mai deliberato di esporre i loro desideri in un programma, da sostenere e difendere presso le Commissioni Provinciali di beneficenza e le Amministrazioni Ospedaliere.

Le differenti modalità di concorso per i posti di Primario e di Assistente, il criterio vario col quale sono composte le Commissioni esaminatrici, il periodo diverso di durata in carica, la disparità degli stipendi, sono indici della deficiente nostra organizzazione, della nostra indisciplina, e talvolta del nostro egoismo.

A conferma di quanto ho esposto valgano i seguenti esempi.

All'Ospedale Maggiore di Milano i Primari sono nominati in seguito a concorso per titoli, per esami, o per titoli ed esami. È fissato per i concorrenti il limite di età a 40 anni, fatta eccezione per gli Assistenti dell'Ospedale, e la durata in carica è pure limitata dall'età.

Lo stipendio è di L. 7000.

Gli Assistenti sono nominati per concorso per esami; è fissato il limite di età, anche per la loro durata in servizio. L'avanzamento ha luogo per esami. Lo stipendio iniziale è di lire 4500, ed arriva a lire 6500 per i vice-primari.

I sanitari hanno diritto a pensione.

All'Ospedale Maggiore di Torino i Primari sono nominati per concorso per titoli, senza limite di età, e rimangono in carica al massimo quindici anni, essendo riconfermabili di tre in tre anni. *Non hanno stipendio*: hanno una percentuale sulla retta dei paganti o sugli atti operativi.

Gli Assistenti sono nominati in seguito a concorso per esami; non è fissato il limite di età. I concorrenti devono essere giovani medici; ma furono ammessi al concorso anche medici con quindici anni di laurea.

Durano in carica dodici anni; l'avanzamento è per anzianità. Lo stipendio è di lire 2800 lorde, più una percentuale sulla retta dei paganti o sugli atti operativi.

I sanitari non hanno diritto a pensione.

All'Ospedale Maggiore di Novara i Primari *sono nominati per anzianità fra gli Assistenti.* Non vi è limite di età per il concorso; vi è il limite di età per la durata in carica.

Lo stipendio è di lire 3000, più una percentuale sulla diaria dei paganti o sugli atti operativi.

Gli Assistenti sono nominati per concorso per esami e per titoli; vi è limite di età, l'avanzamento è per esami. Hanno un limite di età per la durata in carica. Lo stipendio è di lire 3000.

I sanitari hanno diritto alla pensione.

Non accenno ai diversi trattamenti dei Medici Ospedalieri nelle Provincie, nè alle difficoltà che si incontrano per conseguire dignitosamente miglioramenti presso le Autorità tutorie, le quali, alle giuste richieste che si fanno, contrappongono le condizioni dei Medici ospedalieri del Capoluogo di Provincia, come quelle di persone più remissive e di più facile accontentatura.

I Medici ospedalieri hanno quindi il dovere di discutere e di concretare nelle rispettive Associazioni provinciali e regionali un capitolato, nel quale siano fissate le norme per i concorsi, per le relative Commissioni esaminatrici, per gli stipendi, per le pensioni, per le assicurazioni degli infortuni, per le percentuali sugli atti operativi e sulle diarie dei paganti, e per la durata del servizio, tanto dei Primari che degli Assistenti.

La questione è certamente difficile, non tanto perchè le Amministrazioni non si adatterebbero con tanta compiacenza a modificare i regolamenti e gli statuti, quanto per l'antagonismo di interessi e di carriera fra i Primari e gli Assistenti dei grandi ospedali, specialmente là dove si vuole fare dell'ospedale una specie di *hortus conclusus*.

Se non sarà possibile raggiungere uno schema unico per tutto il Regno, come, ad esempio, in parte è stato fatto colla legge sui Manicomi, del 1904, ogni Associazione Ospedaliera regionale o provinciale avrà almeno concretato delle norme, che si potranno sostenere presso le Autorità tutorie e le Amministrazioni ospedaliere, a vantaggio della nostra dignità e dei nostri interessi.

Sottopongo la mia proposta alla S. V. Ill.ma, affinchè voglia farne argomento di discussione nel prossimo convegno dell'Associazione Nazionale dei Medici ospedalieri.

Con rispettoso ossequio

devotissimo

Dottor CESARE PROVERA
Chirurgo Direttore dell'Ospedale Civile
Consigliere dell'Associazione dei Medici Ospedalieri
della Provincia di Novara.

Intra, 30 luglio 1921.

ATTI PARLAMENTARI.

Il nuovo Gruppo medico parlamentare si è occupato della questione della libera docenza, facendo voti perchè per i medici che sono stati sotto le armi essa sia concessa dietro esami.

Ha pure presa in esame la situazione dei medici provinciali aggiunti, rilevando lo stato di inferiorità in cui essi sono tenuti; e l'assoluta mancanza di iniziativa che caratterizza la loro attuale condizione, in guisa da renderli dei veri pupilli, senza possibilità di agire con criteri di indipendenza.

Il gruppo ha deciso a questo proposito di farsi iniziatore di opportune provvidenze legislative.

Una terza questione esaminata fu quella del chinino. Fu rilevata infatti la grave deficienza del prezioso medicinale in alcune regioni (mentre in altre esso abbonda oltre il bisogno) e fu stabilito di fare opera energica presso il Governo affinchè a questo preoccupante inconveniente sia subito posto rimedio. Il Gruppo ha infine deciso di tenere prossimamente una terza riunione per trattare la questione dei medici ferroviari, quella delle bonifiche malariche e infine quella importantissma della Cassa pensione dei Medici, sulla quale riferirà l'on. Cirincione.

Il Gruppo medico parlamentare si rivolge a tutti i colleghi di tutta Italia perchè, sia attraverso gli Ordini, sia «direttamente», essi vogliano sempre segnalare al Gruppo stesso tutte le questioni che ritengono degne di essere agitate in Parlamento e nel Paese, sia nel pubblico interesse, sia nell'interesse della classe medica.

***

Sul funzionamento degli Ospedali Militari l'onorevole Cirincione ha presentato il seguente Ordine del giorno:

«La Camera,

riconoscendo che il funzionamento degli Ospedali militari e di marina nel dopo-guerra non corrisponde ai postulati della scienza;

riconoscendo che gli Ospedali militari costano allo Stato molti milioni di lire annualmente e che distraggono dalle loro mansioni parecchie migliaia di militari;

convinta che la cura medica o chirurgica dei militari infermi raggiungerebbe più efficacemente il suo scopo, ove venisse fatta negli Ospedali civili, i quali, ovunque, sono forniti di tutti i mezzi necessari alla rapida guarigione e di medici capaci di applicarli;

invita il Governo a studiare l'abolizione degli Ospedali militari e di marina, e la istituzione di riparti militari negli Ospedali civili».

***

L'on. Cirincione ha presentato la seguente interrogazione al Ministro della Giustizia e dei Culti:

« Per conoscere quando intenda far discutere il progetto di legge n. 494 che modifica le tariffe riguardanti le perizie giudiziarie, non essendo più oltre sopportabile l'attuale tariffa, che rappresenta un vero obbrobrio per la classe medica italiana».

Le dotazioni per le Università.

Il ministro dell'Istruzione, sen. Corbino, dopo averne sollecitata ed ottenuta l'approvazione dalla Camera, presentò subito al Senato il progetto di legge che autorizza nuovi cospicui stanziamenti (L. 5,700,000 annue per spese di doti e 2,000,000 annui per 5 anni per rinnovamento del materiale scientifico e didattico) a vantaggio delle R. Università e degli altri Istituti d'istruzione superiore, ed in particolare degli Istituti scientifici. Il Senato, intendendo l'importanza di questo provvedimento che mira a mettere i nostri Istituti universitari in piena efficienza di mezzi e di attività, ha dato voto favorevole alla legge, la quale sarà subito dal ministro Corbino sottoposta alla sanzione sovrana. È intendimento del ministro che entro ottobre prossimo venturo la legge abbia la sua attivazione, così che nel nuovo anno accademico gli Istituti universitari possano giovarsi dei maggiori fondi che saranno messi a loro disposizione.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Assistenza e cura ai congedati malarici nella campagna estivo-autunnale 1921.

Il Sottosegretario di Stato per l'assistenza militare e le pensioni di guerra ha inviato ai prefetti, presidenti dei rispettivi comitati provinciali per l'assistenza ai congedati malarici, la circolare, che qui riassumiamo.

È necessario, nella sopraggiunta stagione epidemica, intensificare al massimo tutti i servizii di assistenza e cura a favore degli smobilitati malarici, istituiti dal maggio 1920, ed attenersi alle seguenti norme, tracciate dal Comitato consultivo antimalarico.

Occorrerà anzitutto completare il *censimento* dei congedati malarici, in modo che nessuno sfugga alla bonifica, e giovarsi come per il passato della *propaganda*, fatta da ufficiali sanitarii e medici condotti, su cui si fa il massimo assegnamento, in modo da indurre gli smobilitati malarici a farsi censire e convenientemente curare.

Tutti gli sforzi dovranno dirigersi ad intensificare le varie forme di *cura ambulatoria*, sia a domicilio, sia in appositi dispensarii, curando di disturbare il meno possibile i congedati dai loro abituali lavori. A tale scopo, si cercherà di attuare la più larga e sollecita distribuzione di chinino, negli abitati e nelle campagne, per modo che il farmaco sia alla portata dei congedati malarici, nelle abitazioni e sui luoghi di lavoro (officine e specialmente campi). Per evitare che il chinino, così distribuito gratuitamente ai congedati malarici, vada disperso e distratto per altri usi, si sorveglieranno debitamente i depositi e si curerà che esso sia consegnato direttamente ai malarici stessi e, solo in via eccezionale, per interposta persona, e che il chinino sia effettivamente ingerito.

I casi gravi di malaria dovranno venire ricoverati nelle cliniche mediche viciniori, o negli

ospedali militari, od in quelli civili dove esercitino medici specializzati nella cura della malaria. Tale ospitalizzazione dei casi gravi è tanto più necessaria, perchè in quest'anno non funzioneranno Sanatorii.

Le relative note di spedalità vanno trasmesse al Sottosegretariato per l'assistenza militare, unicamente per il tramite dei Comitati provinciali, munite del visto del Prefetto e della dichiarazione del Medico provinciale, attestante che i ricoverati erano effettivamente malarici di guerra. Di regola non si ricorrerà a controlli micrografici, trattandosi di forme croniche o recidive, accertabili clinicamente.

Per la cura, sono state stampate ed inviate a tutte le Prefetture, le «*Istruzioni tecniche per la cura della malaria*» che da parte dei Comitati provinciali vanno distribuite ai medici, che hanno in cura congedati malarici.

Statistiche dei risultati curativi. — I medici dovranno tener nota di tutti i congedati malarici curati e degli esiti delle cure, per renderne conto al Comitato provinciale, che avrà così anche un documento dell'attività e diligenza dei medici stessi e trarne norma per il compenso pecuniario.

In tali statistiche, i malarici saranno divisi in guariti, migliorati, stazionarii, incerti, morti. La qualifica di stazionario però va riservata ai casi eccezionali, in cui il trattamento curativo è rimasto senza effetto, in quanto che ogni malarico, se è ben curato, non può rimanere stazionario: diventa invece tale in caso di reinfezione. Le statistiche in cui figurano molti stazionarii, sono per lo più indice della poca diligenza, con cui i medici hanno seguito il corso della cura. Alla fine dell'anno 1921, verranno conferiti *premi pecuniarii ai medici* che avranno spiegata opera più attiva; a tale uopo, i Comitati esecutivi provinciali avranno cura di trasmettere al Sottosegretariato le relative proposte concrete e con le generalità degli interessati, uniformandosi ai criterii tracciati nella circolare R. S. 7110 del 2 aprile c. a., tenendo presente che, data la scarsa disponibilità del bilancio, non si tratta di dare un compenso vero e proprio, ma semplicemente di un premio che attesti come l'opera dei medici venga giustamente apprezzata.

Ai congedati malarici maggiormente bisognosi, i Comitati continueranno ad erogare direttamente i sussidi, con le norme impartite con la circolare R. S. 6820-2 del 18 marzo 1921, fino ad esaurimento del fondo inviato; dopo di che trasmetteranno i rendiconti al Sottosegretariato, che vedrà se è il caso di fare nuove anticipazioni.

Le *ispezioni* da parte dei coadiutori dei Medici provinciali e di altri membri dei Comitati, dovranno farsi solo in casi di dimostrata necessità, essendo assai scarsi i fondi all'uopo disponibili; il sanitario (quando non sia funzionario dello Stato e percepisca quindi la relativa indennità di trasferta) avrà diritto ad una diaria di L. 25, aumentata dei 4/5.

Particolari compensi vengono stabiliti per i coadiutori dei medici provinciali, che sono nominati direttamente dal Sottosegretariato. Oltre ai titoli di spesa accennati ed a quelli riguardanti la cancelleria e la confezione dei pacchi di medicinali, non viene autorizzato nessun altro compenso o spesa.

I rendiconti del secondo semestre 1921 debbono essere inviati al Sottosegretariato non oltre il 31 gennaio 1922.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

58. Provincia di *Caserta*: Dottori: Bevilacqua Giuseppe, San Cipriano d'Aversa, L. 300 — Ferrara Michelangelo, San Felice a Cancello, L. 300 — De Pascale Adolfo, Formia, L. 300 — De Giulio Pasquale, Saviano, L. 300 — Roccatani Raffaele, Sora, L. 300 — Greco Biagio, Mondragone, L. 300 — Riello Giuseppe, Castelmorrone, L. 250 — Messore Luigi, Marcianise, L. 250 — Farina Enrico, San Marcellino, L. 250 — Iorio Domenico, San Marco Evangelista, L. 250 — Rossi Vincenzo, Succivo, L. 250 — De Stefano Tobia, Cicciano, L. 250 — Tanzilli Angelo, Cimitile L. 250 — Voiano Aniello, Roccaraino, L. 250 — Napolitano Antonio, Vallerotonda, L. 250 — Zanfagna Federico, Vairano Patenora, L. 250 — Capogrosso Adolfo, Sessa Aurunca, L. 250 — De Robio Francesco, Riardo, L. 250 — Borrelli Giuseppe, Bellona, Lire 250 — Calzone Francesco, Casal di Principe, L. 200 — Della Corte Luca, Frignano Piccolo, L. 200 — Bassi Costantino, Pietravairano, L. 200 — Cangiano Enrico, Trentola, L. 200 — Longo Silvestro, Raperia, L. 200 — Franco Augusto, Gioia Sannitica, L. 200 — De Ventictis Carmine, Sant'Apollinare, L. 200 — Ruvo Nicola, San Donato V. C., L. 200 — Fargnoli Beniamino, S. Giorgio a Liri, L. 200 — Ferrucci Luigi, Alife, L. 200 — Mancini Oreste, Calvi Risorta, L. 200 — Santagata Errico, Pignataro Maggiore, L. 200.

MEDICINA SOCIALE.

Contro l'alcoolismo.

Nei giorni scorsi fu tenuto in Roma, per iniziativa dell'on. Filippo Turati, un convegno, al quale parteciparono insigni parlamentari, tecnici e studiosi, che si preoccupano ugualmente dell'interesse dei viticoltori, di quelli dell'erario e della necessità di rafforzare la campagna antialcoolista in Italia.

Su proposta dell'on. Olivetti e sull'ordine del giorno dell'on. Casalini, fu nominata una Commissione, la quale ha iniziato i suoi lavori prendendo in esame i punti sui quali deve impostarsi questo movimento che può avere i più benefici risultati:

a) nel campo economico, per attenuare la crisi di sopraproduzione vinaria che attualmente è appena al suo inizio, ma che si deve prevedere verrà notevolmente aggravandosi negli anni venturi;

b) nei riguardi della salute pubblica seriamente compromessa dall'eccesso del consumo del vino, che viene fatto specialmente nei centri industriali e dalle classi lavoratrici.

La Commissione ha ritenuto:

1° che lo Stato debba dare notevoli facilitazioni ed aiuti ai viticultori che trasformeranno la viticultura da vino in viticultura alimentare;

2° che si debba fare una maggiore propaganda tra le varie forti organizzazioni dei lavoratori per la diffusione del consumo interno dei prodotti analcoolici dell'uva (uva fresca e secca, conserva, mieli di uva, mosti condensati), nonchè promuovere una larga esportazione di questi prodotti;

3° che si debba costituire un organismo nazionale indipendente dalla burocrazia statale, il quale, in modo continuativo o con larghezza di mezzi, possa fare la propaganda educativa per l'uso dell'uva o dei suoi prodotti analcoolici, come alimento e per la limitazione del consumo degli alcoolici.

È stato nominato all'uopo un Comitato permanente composto dai senatori: Luigi Luzzatti, Ettore Marchiafava e Leonardo Bianchi; dai deputati: Filippo Turati, Gino Olivetti, Giulio Casalini e Francesco Boncompagni-Ludovisi; dai pubblicisti: prof. Di Levi-Morenos, avv. Chieri, dott. Alessandro Schiavi, dott. Paolo Amaldi e on. Rinaldo Rigola, a fine di prendere contatto ed accordi con le organizzazioni dei viticoltori, con quelle dei lavoratori e con quelle degli industriali, onde presentare al Governo proposte concrete da tradursi al più presto in provvedimenti legislativi.

CONCORSI.

ACCIANO (*Aquila*). — Abitanti 2367. Scadenza 9 settembre. Stipendio L. 6000 per la cura dei primi 1500 poveri; L. 5 annue per ogni pov. in più; lire 2000 per cav. obblig.; L. 500 se verrà affidato l'incarico di uff. san. Documenti di rito.

ACQUASPARTA (*Perugia*). — Scad. 31 agosto. Due posti di medico-chirurgo. Stip. L. 6000 ed indenn. caro-viv.; oltre i 1000 pov., L. 2 in più per ogni iscritto nell'elenco. Vengono altresì corrisposte le seguenti indennità: L. 1000 annue qualora il numero degli abbienti obbligati al pagamento della cura medico-chirurgica sia inferiore a 300; L. 2000 per disagiato servizio e L. 3000 per cavalcatura.

BOARA POLESINE (*Rovigo*). — Scad. 15 settembre. Medico-chirurgo-ostetrico per l'unica condotta del Comune. Stip. L. 6000 fino a 1000 poveri e L. 100 per ogni gruppo di 50 poveri in più, oltre le due indennità caro-viv., L. 2500 per la cavalc., L. 400 quale uff. san., 5 aumenti quadriennali del decimo e l'alloggio gratuito.

CAMPOSANTO (*Modena*). — Medico-chirurgo condotto della frazione di Cadecoppi. Stipendio lordo L. 8000 con dieci aumenti biennali del ventesimo oltre il caro-viv. e L. 2 per ogni povero qualora il numero degli aventi diritto alla cura gratuita sorpassi il terzo della popolazione della condotta e L. 2500 per mezzo trasporto. Scad. 1° settembre.

CELANO (*Aquila*). — Scad. 5 settembre. Medico-chirurgo per la cura dei poveri. Stip. L. 6000, più L. 666 per mezzo di trasporto pel servizio nella frazione di Paterno, distante 7 km., collegata con la linea ferroviaria e automobilistica, oltre la prima indennità caro-viv. Seconda indenn. caro-viv. non appena la relativa deliberazione sarà approvata; quattro aumenti del decimo sessennale. Per altri schiarimenti rivolgersi alla Segret. Comun.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Scadenza 15 sett. Due condotte residenziali rurali per Lerchi e San Majano, con residenza rispettivamente a Città di Castello e San Majano. Obbligo di cura per i poveri. Stipendio L. 6000 lorde (aumentabili di un decimo per tre quinquenni) per i primi 1000 poveri: oltre tal numero L. 2 annue per ogni inscritto nell'elenco. Se gli abbienti sono in numero inferiore a 300, si corrisponde indennità di L. 1000 e di 2000 se gli abbienti sono meno di 100. Per i meno abbienti si applica una tariffa di favore della metà di quella stabilita nell'Umbria per gli abbienti. Indennità di cavalcatura L. 3600; doppio caro-viv. Documenti di rito (data non anteriore a 3 mesi dal 27 luglio) compreso l'iscrizione in un Ordine dei sanitari.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Scadenza 30 settembre. Concorso per aiuto-chirurgo, per il servizio dei poveri, come gli verrà dettato dal Chirurgo primario; non servizio di condotta. Nomina per un biennio senza riconferme. Stipendio L. 6000 lorde, caro-viv., camera nei locali dell'Ospedale con obbligo di abitarvi. Documenti di rito, compreso sana costituzione, stato di famiglia, iscrizione all'Ordine dei Medici, non anteriori a tre mesi dal 10 agosto; preferenza a chi ha prestato servizio militare.

Cuneo. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso per titoli ad un posto di Medico-assistente nel Manicomio Provinciale di Cuneo eretto in Racconigi. Stip. lordo L. 7000 con quattro aumenti quinquennali del decimo, oltre doppio c.-v., l'aumento temporaneo del 35 % sulle prime L. 4000 di stipendio-base e del 10 % sulla parte rimanente. L'eletto potrà fruire del vitto e dell'alloggio nell'interno dello stabilimento mediante la detrazione sullo stipendio di L. 1800 annue. Scadenza ore 17 del 31 agosto.

Firenze. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e stabilimenti riuniti.* — Concorso per titoli ed esami ad Aiuto del turno medico pediatrico presso l'ospedale Meyer. Documenti di rito con data posteriore al 27 luglio. Non meno di quattro anni di laurea e di un anno di servizio effettivo con nomina regolare presso pubblici Ospedali od Istituti clinici; età non superiore ai 36 anni. Obbligo del servizio di guardia. Nomina per un biennio ed eventuale conferma per un altro. Stipendio L. 5250 oltre indennità caro-viveri. Scadenza ore 18 del 31 agosto.

Foligno (*Perugia*). — Scad. 1° settembre. Tre posti di medico chirurgo condotto per le condotte rurali di Annifo, Capodacqua e Scopoli. Stipendio L. 6000 più L. 2400 per cavalcatura e tre aumenti quinquennali del decimo. Inoltre al medico chir. della condotta di Annifo competono L. 1000 annue per indenn. disag. residenza e l'abitazione.

Luco de' Marsi (*Aquila*). — Scad. 31 agosto. Medico-chirurgo a condotta residenziale. Stipendio L. 6000 lorde, oltre la doppia indennità caro-viv., aumenti sessennali, L. 500 quale uff. san. e l'abitazione gratuita.

Peccioli (*Pisa*). — Scad. prorogata al 31 corr. Medico-chirurgo per la quarta condotta residenz. di Legoli. Stip. L. 6000 con 5 aumenti quadriennali del decimo, oltre l'indenn. caro-viv. e L. 2000 per la cavalcatura, di cui L. 500 fino a che durerà l'attuale prezzo dei foraggi.

Perugia. — *R. Prefettura dell'Umbria.* — Concorso per titoli ed esami al posto di Ufficiale sanitario del Comune di Foligno. Stipendio lordo L. 10,000 (oltre la doppia temporanea indennità caro-viv. e supplementare) con tre aumenti quinquennali del decimo. Età massima anni 45. Domanda e documenti devono pervenire alla Prefettura entro il 20 settembre.

Rivolto (*Udine*). — Scad. 15 settembre. Medico-chirurgo-ostetrico condotto per le sole famiglie inscritte nell'elenco dei poveri. Stip. L. 6000 fino a 1000 poveri con tre aumenti quinquennali del decimo, oltre le due indennità caro-viv., L. 2000 per cavalcatura, L. 700 quale uff. sanitario.

San Marcello (*Ancona*). — Scad. 28 agosto. Medico-chirurgo condotto, residenza e cura dei poveri L. 1200 (?), cavalc. L. 2400, servizio di uff. san. L. 500, oltre le due indennità caro-viv., con ritenute di obbligo. Per schiarimenti rivolgersi al Segretario.

Tolfa (*Roma*). — Scadenza 5 settembre. Condotta residenziale. Concorso per un chirurgo e per un secondo medico-chirurgo con prevalenza del servizio medico. Stipendio L. 7000 per i primi 2000 pov., con aumenti di 1/20 per ogni biennio (10 bienni), addizionale di L. 1.50 per ogni pov. in più. L. 2500 per servizio ospitaliero e di ambulatorio; L. 500 per indennità di alloggio e servizio ambulatorio per i poveri; L. 400 per chi sarà nominato uff. san. Caro-viveri di legge. Oltre il congedo annuale di 30 giorni frazionabili, il sanitario potrà godere di un altro mese di congedo, a stipendio intero, a scopo di studio. Documenti di rito, compresa l'iscrizione all'Ordine; data non anteriore di 3 mesi dal 5 agosto. Numero dei poveri 2900, il rimanente diviso in abbienti e semiabbienti. Il Comune trovasi a km. 22 dalla Stazione di Civitavecchia e di 23 da quella di Manziana.

Traona (*Sondrio*). — Consorzio con Mello e Cercino; residenza in Traona. Stipendio L. 5250 lorde, da elevarsi a 6000 dopo il biennio di prova, per la cura fino a 1000 poveri. Indennità trasferta L. 1400; mezzo trasporto L. 2000; uff. san. L. 500; caro-viv. di legge. Documenti di rito, compresa sana costituzione, non anteriori a 6 mesi dal 13 agosto. Condizioni di servizio del capitolato Valtellinese. Scadenza 31 agosto.

Sanremo. *Kurhaus.* — Cercansi primo e secondo assistente. Esigesi perfetta conoscenza delle lingue inglese, francese, tedesca ed una fondata coltura in patologia medica. Alloggio e vitto gratuiti nel Kurhaus; stipendio L. 8000 per il primo assistente, 6000 per il secondo. Il Kurhaus è aperto dall'ottobre al maggio. Rivolgersi con serie referenze al Direttore medico del Kurhaus, prof. Giovanni Galli.

Accetterebbesi interinato. Scrivere: dott. D'Ambrosi - Castro dei Volsci (Roma).

Medico-Chirurgo ventinovenne assumerebbe buon interinato preferibilmente Riviera Ligure o Adriatica. Scrivere al Dottor Giandomenico Piermarini - Castel di Casio (Prov. di Bologna).

Diffide:

È diffidato il concorso del Consorzio di Massino e Nebbiuno (Novara) per condizioni di stipendio inferiori a quelle stabilite dal Gruppo Provinciale Novarese dell'Associazione Nazionale Medici Cond.

R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti.

Concorsi a premio proclamati nell'adunanza del 26 giugno 1921:

Premio di Fondazione Balbi-Valier *per il progresso delle Scienze mediche e chirurgiche.* — Sarà conferito un premio d'italiane lire 6000 all'italiano che avrà fatto progredire nel biennio 1920-1921 le scienze mediche e chirurgiche, sia colla invenzione di qualche istrumento o di qualche ritrovato, che valga a lenire le umane sofferenze, sia pubblicando qualche opera di sommo pregio.

Il premio è fuori concorso e non può essere conferito ai membri del R. Istituto Veneto. Scadenza 31 dicembre 1921.

Premio di Fondazione Angelo Minich. Triennio 1919-1921. — Portare un notevole nuovo contributo alla fisiologia dei vasi sanguiferi. Il con-

corso resta aperto a tutto il 31 dicembre 1921. Il premio è di lire 10.000. — Discipline relative a questo premio di fondazione Minich: Al concorso non possono partecipare che Italiani, e vi sono ammessi pure i soci corrispondenti del R. Istituto. Le Memorie dovranno essere scritte in lingua italiana. Le altre discipline inerenti alle modalità di questo concorso sono comuni a quelle dei concorsi di Fondazione Querini e di Fondazione Cavalli.

PREMIO ANGELO MINICH. Triennio 1920-1922, riproposto nell'adunanza del 13 maggio 1920. — È aperto un concorso, *riservato ai soli cittadini italiani*, per i migliori apparecchi artificiali originali, od anche, se già conosciuti o in uso, notevolmente modificati o perfezionati, atti a rendere meno gravi le condizioni dei mutilati. Il concorso rimane aperto a tutto il 31 dicembre 1922. Al premio di lire *diecimila* assegnato dal R. Istituto, sono aggiunte altre lire *cinquemila*, per generosa oblazione del benemerito cittadino americano R. L. Cottenet. Il premio quindi risulta di lire 15.000.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il nostro amico e collaboratore prof. Giovanni Galli, su proposta della Direzione dell'Ospedale Militare di Roma, per il servizio cardiologico prestato durante la guerra, è stato nominato dal Ministero della Guerra Commendatore della Corona d'Italia. Congratulazioni.

***

Il prof. Luigi Carlo Massini, libero docente di patologia medica all'Università di Genova, segretario generale del Comitato Italiano all'ultimo Congresso Internazionale di Talassoterapia tenuto a Monaco, è stato insignito della *Croce di cavaliere dell'Ordine di San Carlo*, da S. A. il Principe Alberto, che gli ha inviato le insegne della speciale onorificenza.

***

Il dott. Francesco De Pascalis, di San Cesario di Lecce, è stato nominato Cavaliere dell'Ordine della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

Un appello per la pace mondiale della Croce Rossa Internazionale.

La Croce Rossa, nel nome di un dovere e di un diritto superiori che la pongono al di sopra delle umane passioni, dopo le vicissitudini della guerra, durante la quale essa prodigò i suoi soccorsi a tutte le vittime, proclama oggi che il suo ideale e la sua volontà sono, non soltanto di lottare contro i mali della guerra, ma anche di contribuire a fare scomparire la guerra; non paga di lavorare durante la pace, vuole lavorare per la pace.

Perciò essa si rivolge a tutti gli uomini di cuore, di qualsiasi nazionalità, religione, professione e classe sociale, per invitarli a fare ciascuno, nei limiti delle proprie forze e dei propri mezzi, una propaganda assidua e il più possibilmente estesa, contro lo spirito di guerra che minaccia di distruggere per sempre la pace del mondo. A nome della Commissione mista, Mr. Ador, Presidente del Comitato Internaz. della Croce Rossa, e Mr. Hill, Direttore generale *ad interim* della Lega delle Croci Rosse, in conformità della decisione presa dalla X Conferenza Internazionale di Ginevra, su proposta del senatore Giovanni Ciraolo, Presidente generale della Croce Rossa Italiana, fanno perciò appello ai popoli e ai singoli individui, perchè combattano, con tutti i mezzi possibili, lo spirito bellico. È necessario che gli uomini di Governo, gli scrittori, la scuola, il capitale e il lavoro non dimentichino il dovere che essi tutti hanno in nome di un supremo interesse comune, di aiutare l'avvento della pace sulla terra. È necessario sopratutto che i fanciulli crescano educati a questo fondamentale principio.

Bisogna dunque restaurare nella mente degli uomini il concetto d'un internazionalismo che, rispettando l'amore di ogni cittadino per la sua città, di ogni patriotta per la sua patria, insegni al tempo stesso a ciascuno un eguale rispetto per l'esistenza e i diritti di tutti i suoi simili, diffondendo nella vita individuale e giornaliera la luce di una giustizia universale permanente.

Questo vero internazionalismo non è realizzabile se non per una collaborazione intima ed attiva dei Governi, dei Parlamenti, delle Associazioni libere, della stampa, dei ministri di ogni religione e specialmente delle Società nazionali della Croce Rossa. Ma da tutte queste forze non deve andare disgiunta la più essenziale, e cioè la forza della convinzione individuale. Spetta dunque ad ogni uomo, qualunque siano i mezzi suoi, di contribuire alla necessaria pacificazione. È indispensabile che ciascuno giudichi, non più attraverso il proprio egoismo, la propria collera, i propri timori, le proprie passioni, ma unicamente animato da uno spirito di concordia e di carità reciproca.

Questo è il solo mezzo per preparare un avvenire migliore.

E la Croce Rossa, fedele all'ideale che animò i suoi fondatori, a cui essa sempre dedicò tutte le sue forze, afferma ora, davanti al mondo intero, che il suo compito non è esaurito colla guerra. Essa fa appello al cuore degli uomini, affinchè ciascuno trovi in se stesso la forza e la fermezza necessarie alla conquista dei sicuri beni derivanti dalla pace.

Corso di preparazione agli esami di medico di bordo.

Si terrà a Parma, conformemente ai programmi del Ministero dell'Interno. Le lezioni e le esercitazioni pratiche si iniziano il 21 settembre e terminano il 6 ottobre.

Le iscrizioni si ricevono non oltre il 10 settembre dal sig. Ancili, Segretario della R. Università.

Tassa L. 150.

Il Kurhaus di San Remo sotto direzione italiana.

Medici tedeschi avevano fondato a San Remo, nel 1912, un magnifico *Kurhaus* per malattie interne (escluse le infettive e la tubercolosi) con 90 letti ed un grandioso stabilimento idroterapico con reparto per raggi X e laboratorio di analisi. Il *Kurhaus* di San Remo è stato ora acquistato per tre milioni da capitalisti italiani, ed alla sua direzione venne chiamato il prof. Giovanni Galli (vedi avviso nei concorsi).

Comunicato.

L'assemblea generale dei Soci della Lega Nazionale fra i Medici della Croce Rossa (presso l'Ordine dei Medici, Via dei Mille, 16 - Torino), nella sua seduta del 21 luglio 1921, votava all'unanimità il seguente

ORDINE DEL GIORNO:

« I Soci della Lega Nazionale fra Ufficiali Medici della Croce Rossa:

preso atto del decreto presidenziale della C. R. in data 15 giugno, per cui vengono cancellati dai ruoli del personale il Presidente e il Segretario della Lega;

riaffermando che l'opera esplicata dai consoci colpiti non è altro che l'estrinsecazione dell'azione della Lega, non diretta contro l'Associazione, ma bensì contro gli errori dei dirigenti;

deplorando che alcuni medici facenti parte del Consiglio di disciplina, riunitosi in Roma l'11 giugno 1921 per ordine della Presidenza della Croce Rossa (composto dei signori: Generale Giuseppe Brezzi, medico-chirurgo; Lapponi Guido, maggiore medico; Rosso avv. Francesco; Rainaldi Vittorio, medico-chirurgo; Ballerini prof. Enrico, vice-presidente della Federazione degli Ordini dei Medici; Marchetti dott. Valerio, farmacista; Sepe Amato, maggiore commissario C. R. I.; Stefanile dott. Giovanni, medico-chirurgo; Savoca dott. Vincenzo, medico chirurgo), siano venuti meno allo spirito di solidarietà e di dignità della classe;

facendo le loro riserve sulla procedura del Consiglio di disciplina non conforme ai Regolamenti in vigore;

deplorando, come hanno sempre deplorato l'opera della Presidenza tutta, che, alterando i concetti statutari ed i principii di diritto, ha, durante la guerra e peggio ancora dopo di essa, costituito al Personale sanitario una posizione insostenibile che è causa di ogni presente malumore e di legittima diffidenza;

affermando la più completa sfiducia nell'attuale Presidente generale avv. Giovanni Ciraolo, senatore del Regno, e nel collega dott. Cesare Baduel, Direttore generale della Croce Rossa;

riafferma la sua intiera ed illimitata fiducia nei colleghi Carbone e Meille del Consiglio Direttivo colpiti da ingiusti provvedimenti e

delibera di continuare nella sua azione di tutela della classe medica dipendente dalla Croce Rossa Italiana ».

VITTIME DEL DOVERE.

Abbiamo già dato notizia del grave investimento che ha ucciso sul colpo il dott. P. TROVATI e gravemente ferito il dott. E. CORNELLI. Nonostante la trapanazione del cranio eseguita d'urgenza dal prof. Masnata, anche il dott. Cornelli ha dovuto soccombere. I due medici si erano recati spontaneamente a Stradella per dirimervi una incresciosa vertenza che da tempo durava fra i dottori Masnata e Nobili e l'Ospedale di Stradella e ne ritornavano lieti di aver potuto raggiungere lo scopo desiderato di portare la pace e la concordia fra i colleghi. La morte ha così barbaramente troncato nel pieno della loro attività professionale le due nobili esistenze, che sono rimaste vittime del loro amore per la classe medica.

Una grave infezione streptococcica, contratta per una puntura accidentale, durante un prelevamento di sangue, ha portato alla morte in pochi giorni, il dott. ETTORE PROSPERI. Nato a Morolo nell'ottobre 1890, allievo dell'Università di Roma, dove si laureò nel 1916, prese parte attiva a tutta la campagna Italo-Austriaca, dapprima come aspirante, poi come medico effettivo. Fu sempre in prima linea, nelle azioni sul S. Michele, sul S. Gabriele, a Gorizia, e più tardi, sebbene dichiarato inabile alle fatiche di guerra in conseguenza di malattie, ritornò fra le prime file sul Grappa, sull'Asolone, sul Col Moschin, sino alla fine della guerra.

Restituito alla vita civile, superò nel 1920 il concorso per assistente negli ospedali; nell'attesa di essere chiamato in servizio effettivo, coadiuvava il prof. De-Blasi nel laboratorio di Batteriologia e prestava le sue cure ai piccoli infermi dell'Ospedale del Bambin Gesù, dove contrasse l'infezione, che, con gravi fatti di linfangioite, di polmonite, di nefrite, lo ha strappato all'affetto della sua mamma, della sua giovane sposa. Di carattere mite, dall'animo aperto ai sentimenti più puri ed all'amore del proprio dovere, temprato dal dolore, per luttuose circostanze di famiglia, Ettore Prosperi ha vissuto una vita severa di studio e di lavoro: conobbe la gioia nell'affetto della sua compagna e, purtroppo, non fu allietato dal sorriso del bimbo, nascituro, che non conoscerà il padre, se non a traverso il pietoso ricordo degli altri. Studiò in silenzio, prestò la sua opera ignorata nei laboratorii, nelle scuole, negli ospedali; per il suo alto ingegno, per il suo carattere, fu circondato dalla stima e dall'amicizia di quanti lo conobbero. Dinanzi alla tomba di questo giovane valoroso, che col suo sacrificio ha lasciato di sè perenne ricordo negli annali dell'arte medica, riverenti ci inchiniamo.

A Castiglione in Teverina (Roma) il dott. TEODORICO MORETTI, mentre accorreva al letto di un contadino gravemente ferito, venne sbalzato di sella, al passaggio di un piccolo ponte, e trascinato per i campi dal cavallo in fuga. Raccolto in gravi condizioni, per le molteplici lesioni riportate, morì appena trasportato a casa. Era nato a Filottrano

nel 1859 ed era da 22 anni medico di Castiglione in Teverina.

In seguito a febbre tifoide, di eccezionale gravità, è morto a Bottida (Sassari) il dott. UMBERTO FERRALIS-BIDDAU. Il giovane, benamato allievo del compianto prof. Moreschi, si era accaparrato la stima e l'affetto dei paesi nei quali aveva esercitato, per i suoi modi gentili e per la sua vasta e profonda coltura nell'arte sanitaria. Solenni e commoventi sono quindi state le onoranze resegli nell'accompagnamento al cimitero, con spontaneo omaggio di popolo e di autorità. Al nostro amico, il fratello dott. prof. Giovanni, le più vive condoglianze del *Policlinico*.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Surgery, Gynecology and Obstetrics, luglio. — M. S. HENDERSON. La lussazione abituale della spalla. — J. F. SMITH. Il trattamento aperto delle fratture.

La Medicina Ibera, 16 luglio. — E. F. LOZANO. Nuovo orientamento nella cura della gonococcia.

Bulletin de l'Académie de Médecine, 5 luglio. — R. GAULTIER. Gastrotonometria clinica.

British Medical Journal, 16 luglio. — R. J. A. BARRY. Basi fisiologiche dell'inefficienza sociale. — C. E. REYNOLDS. Idrocefalo infettivo.

The Lancet, 16 luglio. — F. L. GOLLA. Lo studio obbiettivo delle neurosi. — A. WHITFIELD. Eziologia delle malattie cutanee.

Medizinische Klinik, 17 luglio. — W. RÜPPEL. La tubercolosi delle glandole ileali nell'adulto.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 15 luglio. — R. KRAUS, R. DIOS e J. OYARZABAL. Stadi invisibili di protozoi patogeni (piroplasma, anaplasma e tripanosomi). — A. KRECKE. Diabete e chirurgia.

Berliner Klinische Wochenschrift, 18 luglio. — W. SCHULTZ e W. SCHEFFER. Ittero, emorragie e coagulazione del sangue.

La Medicina Ibera, 9 luglio. — H. DASSO. La terapia essenziale.

Medizinische Klinik, 3 luglio. — A. KOHN. Ringiovanimento e glandole della pubertà. — E. PULAY. L'eczematizzazione quale manifestazione vagotonica.

La Presse Médicale, 9 luglio. — ENRIQUEZ, M.-E. BINET e GASTON-DURAND. Le crisi gastro-ventricolari. — L. CHEINISSE. I nuovi derivati della chinina

Bulletin de l'Académie de Médecine, 28 giugno. — E. DOUMER. L'amido paraffinato nelle diarree estive dei bambini. — E. SACQUÉPÉE. Epidemia di manifestazioni bronco-pleuro-polmonari.

Revue de Médecine, n. 5. — H. MARÉCHAL. I metilarsinati di soda ad alte dosi.

Spitalul, n. 6. — I. PITICARIU. Carattere colloidoclasico delle disfunzioni endocrine. — J. JIANU. Eteroinnesto ovarico: risultati remoti.

La Pediatria, 1 luglio. — E. MENSI. Sul contenuto albuminoso del siero ematico nell'età infantile.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, luglio. — H. MACKENZIE e altri. Discussione sul trattamento medico e chirurgico del morbo di Basedow. — Casistica.

Journal de Médecine de Bordeaux, 10 luglio. — P. MAURIAC. Emoclasia digestiva nell'insufficienza epatica. — R. VILLAR e PACREAU. Anomalie dell'arteria del polso.

Paris Médical, 9 luglio. — Numero sulla medicina sociale.

Rassegna della Previdenza Sociale, giugno. — G. BENASSI. Le neurosi traumatiche e l'esperienza della guerra.

Archivio per le Scienze Mediche, 1-2. — C. GAMMA. Genesi e significato dei corpi amilacei del sistema nervoso.

Pathologia, 15 luglio. — G. SOLIMANO. Agglutinine anamnestiche e spontanee.

Journal des Praticiens, 16 luglio. — NOBÉCOURT. Sindromi coliche fetide nei fanciulli.

La Presse Médicale, 16 luglio. — M. LAVERGNE. Le superinfezioni nella tubercolosi dal punto di vista profilattico.

Annales de Médecine, 6. — R. DEBRÉ, J. PARAF e L. DAUTREBANDE. Il periodo ante-allergico della tubercolosi.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

ANNO XXVIII — Roma, 5 Settembre 1921 — Fasc. 36

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA UNIVERSITÀ DI ROMA
(diretto dal prof. R. ALESSANDRI).

L'eosinofilia del sangue nell'ipertrofia prostatica.

DR. AUGUSTO CASSUTO.

È noto come, malgrado le varie risorse diagnostiche di cui la clinica dispone nelle malattie della prostata, dagli esami manuali alla cistoscopia e alla cistoradiografia, accada sovente di non potere precisare non solo se i disturbi vescicali, pei quali i pazienti ricorrono a noi, derivino realmente da un'affezione della prostata, ma più ancora se si abbia a che fare con una semplice ipertrofia ovvero con un cancro.

Legueu, avendo riscontrato un forte aumento degli eosinofili (14 %) nel sangue di un malato di ipertrofia della prostata, istituì una serie di ricerche col proposito di verificare se questo fatto fosse costante e quindi potesse rappresentare un nuovo dato semeiologico di non scarso valore.

Questo poi egli ha affermato in un suo lavoro.

Allievi della sua scuola diedero nuovi contributi al nuovo metodo diagnostico, giungendo a risultati incoraggianti.

In Svizzera Perrier e Muster si occuparono di fare delle osservazioni per proprio conto, ma vennero a conclusioni poco favorevoli.

Legueu, in un successivo lavoro, afferma anche di avere osservato che, mentre negli individui affetti da ipertrofia della prostata il tasso degli eosinofili suole superare il normale, quello dei polinucleati neutrofili resta costantemente normale, e che invece nel cancro della prostata si verifica una polinucleosi neutrofila, mentre il tasso degli eosinofili scende al disotto del normale. Viene quindi alla conclusione che dal metodo si può trarre un ottimo criterio per la diagnosi differenziale.

Per mio conto nei malati urinari che potei studiare nei reparti chirurgici in cui prestai servizio mi proposi di precisare con quanta costanza si verificasse questo fatto. Non mi sono però fermato sui soli prostatici: ho fatto una serie di osservazioni ematologiche anche su individui affetti da comuni infezioni delle basse vie urinarie, col proposito di vedere se il fenomeno dell'eosinofilia nei prostatici, per altro negato da alcuni autori, non potesse riconoscere altra causa, come vedremo in seguito.

Ho esaminato costantemente il sangue degli infermi in due periodi, prima e qualche tempo

dopo l'intervento operativo, e anche in coloro che, non essendo soggetti a essere operati, restavano degenti per un'infezione in atto, quando le urine indicavano che l'infezione vescicale era vinta o attenuata, ripetevo la ricerca.

Secondo il consenso degli ematologi italiani (Ferrata, Ricca Barberis e Marchesini) ritenni patologici quei reperti in cui gli eosinofili superassero il valore dell'uno al due per cento, o che fossero inferiori al mezzo per cento.

Nel seguente riassunto dei casi esaminati, in ciascun caso la prima serie di cifre si riferisce al per cento di leucociti nel sangue degli infermi da operarsi o con infezione urinaria in atto, la seconda ai reperti ottenuti dopo l'operazione o quando l'infezione urinaria si era di molto attenuata.

Ho diviso le mie ricerche in due gruppi coll'intendimento di permettere di raffrontare più agevolmente i risultati.

Fra i metodi di colorazione mi sono servito dei due più comuni: il May-Grünwald-Giemsa e l'Ematossilina-Eosina.

Le osservazioni furono fatte con obbiettivo 1/15 immersione e oculare 4 Comp. Koritska.

PRIMO GRUPPO. — *Prostatici* (Ipertrofie, tumori).

1. P. N. — Leucociti: pol. neutr. 64, eosin. 9, basof. 0, form. di pass. 6, gr. mon. 4, linfoc. 17. — Ipertrofia al secondo stadio. Infezione vescicale sovrapposta. Morte per ictus.

2. R. B. — Leucociti: pol. neutr. 70, eosin. 1, basof. 0, form. di pass. 5, gr. mon. 3, linfoc. 21. — Ipertrofia. Stadio inizialissimo; senza infezione vescicale. Accessi di pollacuria. Ottimo stato generale. Rifiuta l'operazione. Leucociti: pol. neutr. 68, eosin. 2, basof. 2, form. di pass. 3, gr. mon. 4, linfoc. 21.

3. N. G. — Leucociti: pol. neutr. 75, eosin. 0.5, basof. 2, form. di pass. 4.5, gr. mon. 4, linfoc. 14. — Ipertrofia al terzo stadio. Grande ritenzione, grave cistite e fenomeni urotossiemici in mezzo ai quali avviene la morte.

4. D. B. — Leucociti: pol. neutr. 68, eosin. 0, basof. 0, form. di pass. 2, gr. mon. 7, linfoc. 23. — Ipertrofia al terzo stadio. Grande ritenzione, grave cistite. Stato generale grave. Morte.

5. L. P. — Leucociti: pol. neutr. 64, eosin. 2, basof. 2, form. di pass. 4, gr. mon. 3, linfoc. 25. — Ipertrofia al secondo stadio. Grave cistite; migliora col cateterismo a permanenza e non vuole essere operato. Leucociti: pol. neutr. 68, eosin. 2, basof. 3, form. di pass. 3, gr. mon. 0, linfoc. 24.

6. G. B. — Leucociti: pol. neutr. 80, eosin. 0, basof. 0, form. di pass. 0, gr. mon. 3, linfoc. 17. — Ipertrofia al terzo stadio. Grave cistite. Viene operato subito. Leucociti: pol. neutr. 69, eosin. 0, basof. 4, form. di pass. 3, gr. mon. 3, linfoc. 21.

7. P. G. — Leucociti: pol. neutr. 75, eosin. 2, basof. 0, form. di pass. 2, gr. mon. 1, linfoc. 20. — Ipertrofia. Grande ritenzione; modico grado di cistite. Viene operato. Leucociti: pol. neutr. 53, eosin. 6, basof. 1, form. di pass. 3, gr. mon. 2, linfoc. 35.

8. M. G. — Leucociti: pol. neutr. 68, eosin. 2, basof. 1, form. di pass. 3, gr. mon. 0, linfoc. 26. — Ipertrofia al secondo stadio. Senza infezione vescicale grave. È operato. Leucociti: pol. neutr. 71, eosin. 3, basof. 2, form. di pass. 2, gr. mon. 0, linfoc. 22.

9. A. B. — Leucociti: pol. neutr. 68, eosin. 3.5, basof. 3, form. di pass. 5.5, gr. mon. 3, linfoc. 17. — Ipertrofia. Discreta ritenzione. Buono stato generale. Grave cistite. Leucociti: pol. neutr. 71, eosin. 0, basof. 3, form. di pass. 0, gr. mon. 3, linfoc. 23.

10. R. C. — Leucociti: pol. neutr. 67, eosin. 9, basof. 5, form. di pass. 1, gr. mon. 2, linfoc. 16. — Ipertrofia al terzo stadio. Grave difficoltà nella minzione. Cistite. Rifiuta l'operazione. Leucociti: pol. neutr. 69, eosin. 7, basof. 2, form. di pass. 3, gr. mon. 1, linfoc. 18.

11. G. C. — Leucociti: pol. neutr. 77, eosin. 6, basof. 1.5, form. di pass. 5, gr. mon. 1.5, linfoc. 9. — Ipertrofia. Ritenzione acuta di urina; grave cistite con modico residuo. È operato. Leucociti: pol. neutr. 75, eosin. 5, basof. 1, form. di pass. 2, gr. mon. 3, linfoc. 14.

12. L. F. — Leucociti: pol. neutr. 62, eosin. 2, basof. 0, form. di pass. 14, gr. mon. 0, linfoc. 22. — Ipertrofia. Pollacuria senza cistite. Viene operato. Leucociti: pol. neutr. 76, eosin. 0, basof. 2, form. di pass. 2, gr. mon. 0, linfoc. 20. Leucociti: pol. neutr. 78, eosin. 0, basof. 1, form. di pass. 2, gr. mon. 3, linfoc. 16.

13. N. C. — Leucociti: pol. neutr. 62, eosin. 0, basof. 2, form. di pass. 4, gr. mon. 1, linfoc. 31. — Ipertrofia. Grande ritenzione, grave cistite e fenomeni urotossiemici. Viene a morte. Leucociti: pol. neutr. 61, eosin. 5, basof. 3, form. di pass. 2, gr. mon. 3, linfoc. 26.

14. E. C. — Leucociti: pol. neutr. 59, eosin. 3, basof. 4, form. di pass. 3, gr. mon. 3, linfoc. 28. — Ipertrofia. Pollacuria. Discreto residuo, cistite ed ematuria. Viene operato, e poi muore. Leucociti: pol. neutr. 65, eosin. 4, basof. 2, form. di pass. 5, gr. mon. 1, linfoc. 23.

15. V. P. — Leucociti: pol. neutr. 65, eosin. 8, basof. 2, form. di pass. 5, gr. mon. 2, linfoc. 18. — Ipertrofia notevolissima. Iscuria paradossa. Grande ritenzione, cistite non grave. È operato. Leucociti: pol. neutr. 68, eosin. 6, basof. 2, form. di pass. 5, gr. mon. 2, linfoc. 17.

16. G. L. — Leucociti: pol. neutr. 55, eosin. 0, basof. 0, form. di pass. 6, gr. mon. 1, linfoc. 38. — Ipertrofia al terzo stadio. Grande ritenzione; cistite; migliora col cateterismo a permanenza. Rifiuta l'operazione. Leucociti: pol. neutr. 60, eosin. 1.5, basof. 2, form. di pass. 0, gr. mon. 2.5, linfoc. 34.

17. P. S. — Leucociti: pol. neutr. 71, eosin. 0, basof. 2, form. di pass. 5, gr. mon. 2, linfoc. 20. — Ipertrofia. Discreto residuo, grave cistite ed ematuria grave. Rifiuta l'operazione. Leucociti: pol. neutr. 68, eosin. 2, basof. 0, form. di pass. 2, gr. mon. 3, linfoc. 25.

18. N. T. — Leucociti: pol. neutr. 74, eosin. 14, basof. 0.5. form. di pass. 2, gr. mon. 1.5, linfoc. 8. — Carcinoma della prostata. Stato generale buono. Viene operato. Leucociti: pol. neutr. 70, eosin. 10, basof. 1, form. di pass. 2, gr. mon. 2, linfoc. 15.

19. G. P. — Leucociti: pol. neutr. 75, eosin. 0, basof. 0, form. di pass. 2, gr. mon. 4, linfoc. 19. — Carcinoma della prostata. Discreto stato generale. È operato. Leucociti: pol. neutr. 66, eosin. 3, basof. 0, form. di pass. 2, gr. mon. 1, linfoc. 28.

20. O. O. — Leucociti: pol. neutr. 81, eosin. 0, basof. 0, form. di pass. 3, gr. mon. 0, linfoc. 16. — Carcinoma della prostata. Non grave cistite, ematuria. Viene operato. Leucociti: pol. neutr. 70, eosin. 0, basof. 0, form. di pass. 3, gr. mon. 2, linfoc. 25.

SECONDO GRUPPO. — *Infezioni urinarie semplici.*

1. N. B. — Leucociti: pol. neutr. 64, eosin. 1, basof. 0, form. di pass. 2, gr. mon. 1, linfoc. 32. — Restringimenti uretrali; cistite. Leucociti: pol. neutr. 67, eosin. 1.5, basof. 0, form. di pass. 4.5, gr. mon. 1, linfoc. 26.

2. M. F. — Leucociti: pol. neutr. 57, eosin. 1, basof. 0, form. di pass. 3, gr. mon. 2, linfoc. 37. — Pseudo-prostatismo di origine psichica. Cistite, disuria. Leucociti: pol. neutr. 61, eosin. 2, basof. 2, form. di pass. 3, gr. mon. 2, linfoc. 30.

3. L. N. — Leucociti: pol. neutr. 70, eosin. 4, basof. 1, form. di pass. 4, gr. mon. 1, linfoc. 20. — Restringimento uretrale. Uretrotomia interna. Cistite. Leucociti: pol. neutr. 69, eosin. 2, basof. 1.5, form. di pass. 2.5, gr. mon. 2, linfoc. 23.

4. E. F. — Leucociti: pol. neutr. 65, eosin. 5, basof. 0.5, form. di pass. 1, gr. mon. 2.5, linfoc. 26. — Restringimento uretrale. Infiltrazione di urina, ascesso periuretrale. Operazione. Leucociti: pol. neutr. 67, eosin. 3, basof. 0, form. di pass. 0, gr. mon. 0, linfoc. 30.

5. D. T. — Leucociti: pol. neutr. 67, eosin. 0, basof. 0, form. di pass. 1, gr. mon. 0, linfoc. 32. — Restringimento uretrale, cistite. Uretrotomia interna. Leucociti: pol. neutr. 68, eosin. 1.5, basof. 0, form. di pass. 0, gr. mon. 0.5, linfoc. 30.

6. G. I. — Leucociti: pol. neutr. 63, eosin. 0, basof. 0, form. di pass. 3, gr. mon. 2, linfoc. 32 — Restringimento uretrale, cistite. Cateterismo a permanenza. Leucociti: pol. neutr. 65, eosin. 0.5, basof. 0.5, form. di pass. 3, gr. mon. 3, linfoc. 28.

7. N. S. — Leucociti: pol. neutr. 56, eosin. 11, basof. 2, form. di pass. 2, gr. mon. 0, linfoc. 29. — Stenosi uretrale, cistite. Siringa a permanenza. Leucociti: pol. 60, eosin. 9, basof. 1, form. di pass. 2, gr. mon. 2, linfoc. 26.

8. A. C. — Leucociti: pol. neutr. 66, eosin. 3, basof. 0, form. di pass. 2, gr. mon. 1, linfoc. 28. — Stenosi uretrale. Pregressa uretrotomia esterna. Cistite in atto. Siringa a permanenza. Leucociti: pol. neutr. 65, eosin. 2, basof. 0,5, form. di pass. 1, gr. mon. 2.5, linfoc. 29.

9. G. C. — Leucociti: pol. neutr. 71, eosin. 11, basof. 2.5, form. di pass. 0, gr. mon. 2.5, linfoc. 13. — Fistola uretro-perineale. Cistite. Restringimenti. Leucociti: pol. neutr. 74, eosin. 10, basof. 0, form. di pass. 1, gr. mon. 0, linfoc. 15.

10. G. P. — Leucociti: pol. neutr. 60, eosin. 0, basof. 0, form. di pass. 5, gr. mon. 1, linfoc. 34. — Stenosi uretrale, lieve grado di cistite. Leucociti: pol. neutr. 63, eosin. 1, basof. 0, form. di pass. 2, gr. mon. 2, linfoc. 32.

***

Questi sono i risultati da me ottenuti; più avanti li considererò in rapporto con quelli riferiti da altri autori.

Anzitutto è da notare che, scorrendo la letteratura, si trova come gli autori non siano concordi nella spiegazione che si deve dare alla presenza di eosinofili in numero superiore al normale nel sangue circolante dei prostatici.

Legueu in un suo precedente lavoro ebbe modo di osservare che gli estratti di prostata ipertrofica esercitano sperimentalmente un'influenza tossica generale sull'organismo. Partendo da questo principio, avendo osservato che l'eosinofilia cessava dopo la prostatectomia, credette di poterla interpretare come una reazione protettiva antitossica che scompare, tolta la causa.

Weinberg e Seguin, Menard e Marchesini fecero delle ricerche sperimentali sull'eosinofilia, riuscendo a provocarla localmente e nel sangue circolante.

Marchesini però sostiene che la presenza di eosinofili in proporzione superiore al normale

nelle infezioni, nelle infestioni e per sostanze lipoidi iniettate sperimentalmente, sia da ammettersi in quanto esse abbiano prodotto una lesione anatomica che gli eosinofili concorrerebbero a riparare.

Quanto alla frequenza poi con la quale questo fenomeno si produrrebbe, Perrier e Muster affermano che l'eosinofilia nell'ipertrofia prostatica si riscontra tutt'altro che costantemente.

A questa osservazione Legueu in un successivo lavoro in collaborazione con Morel, obbietta che Perrier e Muster hanno considerato come normale un tasso assai più alto di eosinofili (il 3 %) come vuole la scuola tedesca (Erlich, Lazarus e Pappenheim), mentre la scuola francese (Yolly e Sacquepée), alla quale Legueu si era riferito per i dati del suo lavoro, ritiene normale un tasso più basso (l'1-2 %), d'onde una prima causa di diverso apprezzamento.

Ma lo stesso Legueu deve convenire che le cause che fanno diminuire l'eosinofilia nel sangue non sono solo l'ablazione della prostata, ma anche una febbre, un'ematuria e persino l'infezione urinaria.

Quì viene subito fatto di domandarsi, quanti malati di prostata si ha mai la ventura di osservare in clinica, senza un lieve grado almeno di cistite. Ne segue che non saprei, per mio conto, quale valore assegnare a un metodo semeiologico in cui, quando potrebbe essere utilmente impiegato in una diagnosi dubbia, ma urgente, come fra cancro o semplice ipertrofia, sia necessario attendere che sia scomparsa o attenuata l'infezione vescicale, perchè dal reperto non si sia tratti in errore.

Anche Morel e Chabanier affermano che l'eosinofilia è un sintoma preciso dell'ipertrofia prostatica, perchè hanno osservato che scompare dopo l'operazione, ma devono riconoscere che può subire variazioni anche per una semplice febbre.

E giunto il momento di dover dire che lo scopo che mi aveva spinto a studiare il secondo gruppo di malati, quelli con semplice infezione vescicale, è totalmente mancato. Infatti, dalle venti osservazioni non ottenni alcun risultato che potesse in minima parte risolvere la questione che mi ero posta; vale a dire se, cercando il comportamento degli eosinofili e dei polinucleati neutrofili in malati che mi permettessero di studiare separatamente almeno una delle due affezioni, ipertrofia e infezione urinaria, che frequentemente nello stesso individuo si accompagnano, avessi potuto da reperti costanti dedurre a che fosse veramente legata l'eosinofilia, se fosse l'esponente dell'ipertrofia prostatica, così come di una semplice infezione urinaria. Ma invece ottenni i più disparati valori non solo per gli eosinofili, ma anche per i polinucleati neutrofili. Non vale quindi la pena di soffermarsi oltre su questo tentativo di risolvere la questione.

Dalle ricerche ematologiche eseguite complessivamente su diciassette individui affetti da ipertrofia prostatica, mi sono potuto accertare che il numero degli eosinofili era aumentato in sei casi, con una percentuale quindi del 28 %.

Non ho perduto di vista il comportamento dei polinucleati neutrofili, ma ebbi valori così diversi e incostanti che non mi fu possibile stabilire una percentuale riferibile ai valori normali, considerando come normale un tasso oscillante dal 65 al 70 %.

Inoltre mi capitarono allo studio tre individui affetti da carcinoma della prostata e non trascurai di osservarli.

Uno (n. 18) aveva un'eosinofilia marcatissima (14 %), andata di poco attenuandosi dopo l'operazione. Nell'altro (n. 19) non trovai traccia di eosinofili nel sangue prima dell'operazione, ma vi comparvero dopo debolmente (3 %). Nel terzo ammalato (n. 20), non ho potuto riscontrare traccia di eosinofili, nè prima nè dopo l'operazione.

I polinucleati neutrofili si sono comportati invece uniformemente nei tre casi accennati: prima dell'operazione ho riscontrato polinucleosi e dopo la prostatectomia il valore è ridisceso al normale (nel 100 per cento dei casi).

Vediamo ora quali risultati ottennero i vari autori.

Legueu in un primo lavoro dice di aver osservato, su ammalati di ipertrofia prostatica, aumento degli eosinofili nell'87 % dei casi. Ma in seguito dovette fare discendere la percentuale al 75 %.

Morel e Chabanier, su venti soggetti, riscontrarono eosinofilia oscillante dal 3 al 14 per cento in diciotto casi (80 %).

Perrier e Muster trovarono che, su ventidue casi, in sette solamente il tasso superò il normale, in una percentuale perciò del 33 %.

Legueu ancora, per quanto concerne i cancri della prostata, riscontrò una polinucleosi il cui valore medio fu dell'87 %, e una ipoeosinofilia del 0,4 %, ma non precisa in quanti casi l'abbia verificata.

Morel e Chabanier nel cancro della prostata trovarono anch'essi un valore di eosinofili al disotto del normale, ma in un caso riscontrarono eosinofilia marcata.

La diversità dei risultati nei soli casi da me osservati di epitelioma della prostata non mi

fa ardire di dedurre alcuna cosa a questo proposito; ma mi dà però l'opportunità di far rilevare che vi sono dei casi, come i miei, in cui la polinucleosi neutrofila si può verificare con costanza, mentre l'ipoeosinofilia non si avvera che in modo incostante e irregolare.

Invece i diciassette casi di ipertrofia della prostata ben controllati, sembra mi autorizzino a qualche altra considerazione.

Anzitutto, la percentuale che ho ottenuta è molto diversa da quella di Legueu e dei suoi collaboratori, e riavvicina i miei risultati a quelli di Perrier e Muster. Infatti, se in qualche caso l'eosinofilia si è verificata, questa poi non sempre è scomparsa dopo l'atto operativo, come afferma Legueu, anzi, talora ha avuto luogo mentre prima non sussisteva.

E non solo posso limitarmi a dire che il metodo nelle mie mani non fu capace di rischiarare la diagnosi di ipertrofia prostatica, ma anche di esso non è lecito valersi per differenziare la diagnosi fra ipertrofia e cancro, ciò che almeno era da sperare, stando agli autori.

Lasciando da parte i risultati da me ottenuti, come ho detto, sui cancri della prostata, perchè troppo pochi, mi sento comunque autorizzato ad affermare quanto sopra, in base alla sola osservazione dei casi di ipertrofia, avendo controllato in questi numerosi valori per gli eosinofili al disotto del normale e nette polinucleosi neutrofile, fatti che spiccatamente, al dire degli autori, caratterizzerebbero invece la formula leucocitaria degli individui affetti da cancro della prostata.

Cosicchè concludendo, sebbene in taluni casi della mia statistica abbia potuto osservare anch'io un aumento degli eosinofili, mentre i polinucleati neutrofili si comportavano normalmente, tuttavia questo comportamento si verificò con tale incostanza che non credo si debba senz'altro accordare un valore pratico a questo nuovo metodo di diagnosi.

Roma, gennaio 1921.

BIBLIOGRAFIA.

BETTMANN. *Die praktische Bedeutung der eosinophilen Zellen.* (Wolkmann's Saml. Klin. Vortr. Neue Folge, n. 266, Leipzig 1900).

GIORGI E. *Ricerche ematologiche sulla blenorragia.* (Clinica Medica Italiana, pag. 513, 1903).

LEGUEU et GAILLARDOT. *Toxicité générale des extraits de prostate hypertrophiée.* (Journal d'Urologie, T. II, pag. 1, 1912).

LEGUEU et MOREL. *Valeur de l'éosinophilie dans la diagnostic des affections chirurgicales de la prostate.* (Archiv. urologiques de la Clin. Necker, T. I, pag. 295).

LEGUEU et MOREL. *Valeur de l'éosinophilie au cours de l'adenome prostatique.* (Bullet. Assoc. Franç. d'Urologie, oct. 1913, pag. 366).

LEGUEU et MOREL. *L'éosinophilie peut-elle aider au diagnostic de l'adenome prostatique?* (Journal d'Urologie, T. VI, n. 6, 1915, p. 605).

MARCHESINI R. *Sulla funzione e sulla natura delle cellule eosinofile.* (Policlinico, volume XXIV, 1917).

MENARD P. I. *Eosinophilie expérimentale.* (Compt. Rend. Soc. Biologie, séance 21 juin 1913, pag. 1298).

MOREL et CHABANIER. *L'éosinophilie des prostatiques.* (Compt. Rend. Soc. Biologie, séance 3 mai 1913).

PERRIER et MUSTER. *L'éosinophilie permet-elle de diagnostiquer l'hypertrophie prostatique?* (Journal d'Urologie, T. VI, n. 5, pag. 517, 1915).

RICCA BARBERIS. *Studi ematologici.* (Utet, Torino, 1912).

WEIMBERG et SEGUIN. *Eosinophilie locale expérimentale.* (Compt. Rend. Soc. Biologie, séance 7 mai 1913, pag. 1059).

WEIMBERG et SEGUIN. *Sur l'éosinophilie locale.* (Compt. Rend. Soc. Biologie, séance 28 juin 1913, pag. 1366).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DIVISIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE DI GROSSETO
diretta dal prof. ORESTE CIGNOZZI.

Considerazioni su taluni casi di chirurgia splenica

per il dott. PIER NELLO MARTELLI, assistente.

In questa nota compendio lo studio dei casi di chirurgia splenica trattati operativamente nell'ultimo quinquennio nella Sezione Chirurgica dell'Ospedale di Grosseto.

I casi trattati sommano al numero di otto così divisi:

N. 3 splenostomie; 2 esosplenopessi; 3 splenectomie.

Riassumo in quadro schematico i dati fondamentali riguardanti i pazienti di queste affezioni facendo seguire ad esse quelle più importanti considerazioni che se ne possono dedurre.

I. SPLENOSTOMIA.

I. I... Mario, di a. 50; diagnosi: ciste di echinococco della milza; trattamento: laparotomia, splenostomia, trattamento aperto; esito: guarigione in 120 g.

II. S... Angela, a. 32; diagnosi: ciste di echinococco della milza; trattamento: laparotomia, splenostomia, trattamento aperto; esito: guarigione in 180 g.

III. T... Aurelia, a. 40; diagnosi: ciste di echinococco della milza; trattamento: laparotomia, splenostomia, trattamento aperto; esito: guarigione in 150 g.

Le indicazioni di queste tre splenostomie sono dovute ad una comune contingenza anatomo-patologica costituita dalla presenza di ciste di echinococco.

E per vero la ciste di echinococco e la splenite suppurativa costituiscono le due condizioni quasi esclusive che impongono questo intervento. Entrambe sono malattie piuttosto rare a verificarsi.

Per quello che riguarda l'echinococco della milza è già notevole il fatto di averne trovati 3 casi in sì breve tempo e questo si spiega col fatto della notevole diffusione dell'echinococco nella nostra Provincia ove abbondano i cani da caccia e da pastori: di più nei nostri casi si trattava di echinococco primitivo mentre bene spesso la ciste idatidea si accompagna ad altre localizzazioni del parassita in altre regioni del corpo È certo che la milza ben di rado è sede del parassita e fra le recenti statistiche che confortano questa constatazione mi piace il citare quella di Neisser il quale su 900 casi di echinococco ne trovò 28 della milza, il che porta ad una percentuale di poco più del 3 per cento.

Non insisto sulla indagine diagnostica dell'affezione la quale nei casi nostri era abbastanza agevole tenuto conto dei seguenti fatti obbiettivi, che resultano dalla storia clinica dei nostri casi.

« Tumefazione voluminosa nell'ipocondrio sinistro che riproduceva la morfologia della milza e si perdeva a limiti non ben netti sotto l'arcata costale. In corrispondenza di tale zona esisteva un'area di ottusità che finiva a contorni netti dalla parte dell'addome mentre sotto l'arcata costale si sperdeva, con sfiorature indecise, fino alla sonorità polmonare. Alla palpazione del tumore si avvertiva un senso evidente di fluttuazione. Stato generale buono. Assenza di febbre ». Per i dati suddescritti ma specialmente per tre fondamentali: topografia del tumore, senso di fluttuazione, stato generale, era ovvio pensare ad una ciste di echinococco ed escludere una splenomegalia leucemica.

Di fatti nelle splenomegalie leucemiche si ha all'esame obbiettivo l'impressione dell'aumento in toto di tutto quanto l'organo con consistenza uniformemente aumentata; si possono palpare i contorni della milza fino nella cavità del bacino, se ne apprezza l'incisura caratteristica e manca sopratutto il senso di fluttuazione che abbiamo nella ciste di echinococco. Come segni diagnostici sussidiari credo dover richiamare l'attenzione su:

1. Esame del sangue;
2. Esame delle orine.

Nei casi nostri avemmo (specialmente in due) spiccata eosinofilia. Spetta al prof. Memmi, direttore della Sezione Medica di questo spedale, il merito di aver dimostrato per primo, fin dal 1900, l'importanza dell'eosinofilia nella diagnosi delle cisti di echinococco.

Egli infatti, in un caso di ciste di echinococco polmonare ed in cinque di echinococco epatico trovò, all'esame del sangue, la percentuale degli eosinofili aumentata del doppio e anche del quadruplo (dal 3 % della formula normale al 7-18 %) e su questo fatto richiamò l'attenzione in note e comunicazioni diverse. Dopo di lui molti altri si occuparono dell'eosinofilia nelle cisti idatidee e fra questi gli autori francesi Tuffier e Milian (1901) ai quali da alcuni fu dato, a torto, il merito della ricerca.

Nel nostro ospedale abbiamo avuto occasione di controllare l'importanza diagnostica della eosinofilia che sempre abbiamo avuto in grado maggiore o minore. Essa ci mancò nelle cisti suppurate e fu debolissima o mancò addirittura quando la ciste era morta.

In due dei nostri casi avemmo pure albuminuria che scomparve di poi con l'operazione. Questo fatto abbiamo riscontrato pure in molti casi di echinococco del fegato e senza voler dare a ciò una importanza eccessiva credo che l'albuminuria possa essere un buon sussidio pratico. Rispetto alla natura di questa albuminuria credo sia la stessa dell'eosinofilia, cioè tossica.

Sotto l'influenza dei principi tossici elaborati dal parassita si formerebbero le granulazioni acidofile e l'albuminuria.

Tecnica. — Per quanto riguarda le modalità di tecnica ci atteniamo a questi criteri: Breccia laparotomica molto ampia interessante tutta la lunghezza della milza in modo che il taglio si faccia su una parte più estesa possibile dell'organo: incisione il più possibile lontana dall'arcata costale onde evitare, nel passaggio dei fili di seta di fissazione, la necrosi costale che nel 2° caso appunto ha prolungato la guarigione della paziente.

In tutti i casi fu eseguito lo svuotamento della ciste e la marsupializzazione della cavità. I risultati furono buoni, la guarigione completa senza alcun reliquato in un periodo di tempo da tre a sei mesi. La tema di recidive ci fece preferire il processo più lungo e più molesto della marsupializzazione al « Capitonnage » raccomandato dagli autori francesi in virtù dell'abbreviamento della cura postoperatoria e della guarigione *per primam* che con questo metodo si dovrebbero idealmente conseguire.

II. Esosplenopessi.

I. P... Assunta, di anni 65; diagnosi: splenomegalia malarica con ptosi, torsione e minaccia di cancrena; operazione: esosplenopessi alla Jaboulay; esito: guarigione in 150

g. con eliminazione completa della milza esteriorizzata.

II. B... Orlando, di anni 18; diagnosi: morbo di Banti; operazione: esosplenopessi alla Jaboulay; esito: morte all'8° giorno per setticemia.

Nel primo caso il resultato fu buono. Non fu potuta eseguire la splenectomia per le numerose e tenaci aderenze della milza.

Fu fatta quindi la fissazione della parte di milza mobile fra le labbra della ferita laparotomica allo scopo duplice di ottenere lo sbarramento ad infezioni secondarie verso il cavo peritoneale per le aderenze formatesi e l'eliminazione spontanea del tessuto splenico.

Nel secondo caso trattavasi di un soggetto profondamente deperito con cirrosi epatica, in gravi condizioni generali.

Vista la sicura prognosi infausta con una ulteriore terapia aspettante fu deciso l'intervento. La splenectomia (oltre essere controindicata dalle condizioni generali del soggetto) era impossibile per le numerose aderenze della milza con gli organi circostanti e col diaframma.

In ambedue questi casi, non avendo potuto eseguire la splenectomia, si dovè ricorrere a compensi che, col Parlavecchio, possono chiamarsi « di ripiego », e che in alcuni casi (come nel 1° nostro) danno risultati buoni in contingenze gravissime.

Rientrano fra questi procedimenti la splenocleosi alla Schiassi e la splenopessia intraperitoneale proposta dal Rossi. Questi mirano a creare una derivazione del circolo splenico per modo da scaricare il circolo portale del più che si può di tossine cirrogene.

Nei nostri casi fu eseguita, come ho già detto, la esosplenopessi di Jaboulay. Non credemmo usare i mezzi atti a provocare la distruzione della milza (iniezioni sclerosanti, elettrocoagulazione) proposti dal Parlavecchio, ma attendemmo la distruzione spontanea e nel nostro primo caso avemmo l'eliminazione della milza e guarigione in 150 giorni mentre in uno dei due casi di Parlavecchio si ebbe la morte dopo 2 mesi per emorragia interna e nell'altro la guarigione persistente avvenne dopo due anni. Quando vennero eseguite le due operazioni suddette (nel 1916) non conoscevamo ancora l'applicazione sull'uomo del metodo di « Resezione splenica alla Burci » fatto per primo dal prof. Taddei: metodo che ci appare superiore.

III. SPLENECTOMIA.

I. M... Assunta, d'anni 27; diagnosi: splenomegalia malarica con torsione del peduncolo; operazione: laparotomia con incisione pararettale; esito: guarigione *per primam*.

II. A... Benedetto, d'anni 35; diagnosi: splenomegalia malarica con torsione del peduncolo; operazione: splenectomia: Sutura in massa della parete add.; esito: guarigione *per primam*.

III. B... Francesco, d'anni 23; diagnosi: splenomegalia malarica con torsione del peduncolo; operazione: splenectomia: Sutura in massa della parete add.; esito: guarigione *per primam*.

In questi tre casi l'indicazione capitale è data non dalla splenomegalia ma dalla torsione del peduncolo. Come risulta infatti dalla storia clinica delle ammalate, esse entrarono in ospedale d'urgenza presentando questi tre sintomi caratteristici:

1° Dolore acutissimo nella fossa iliaca sinistra accompagnato da conati di vomito e fatti peritoneali.

2° Milza ptosica (si trattava nei tre casi di milza voluminosa e discesa quasi nella fossa iliaca).

3° Aumento rapido del volume della milza che d'ora in ora si faceva più turgida.

Dati questi fenomeni era naturale la diagnosi di torsione del peduncolo, e chiara l'indicazione d'intervento immediato per liberare le ammalate dai dolori e dal pericolo imminente dal quale erano minacciate.

Il fatto che in un ospedale che ha sede in zona malarica (per quanto le condizioni di questa regione, in riguardo della malaria, siano senza paragone migliori di quelle di molti anni fa) si siano operati nell'ultimo quinquennio solo tre casi di splenomegalia complicati da torsione del peduncolo e nessun caso di splenomegalia malarica senza complicazione merita di essere illustrato, giacchè abbiamo obbedito a criteri patologici e terapeutici sui quali è interessante intrattenerci un poco.

***

L'idea di asportare il tumore di milza malarica risale ad un'epoca abbastanza remota ed è vanto della scuola medica Italiana l'aver tentato un tale ardimento chirurgico nel 1549 per opera dello Zaccarello su diagnosi del Fioravanti. Col progredire degli studi medici specialmente nell'ultimo quarto del secolo scorso, fu viva la discussione fra chirurghi se convenisse o meno — nelle fome di splenomegalia malarica — di intervenire con la splenectomia di elezione.

È notevole il contributo portato alla quistione dai chirurghi italiani fra i quali ricordiamo il Tricomi ed il Nannotti che in questo stesso Ospedale compì i suoi studi sull'argomento. Dalle conclusioni in particolare di questi due autori si è venuti nella determinazione

che in tutti i casi di splenomegalia malarica sia da tentare in primo tempo una data cura medica con la quale il Nannotti assicura di avere avuto ragione anche di notevoli splenomegalie riserbando l'intervento chirurgico alle complicanze secondarie quali la torsione del peduncolo, la formazione di aderenze che compromettono la funzione di organi vicini, e il fatto che il tumore di milza ingeneri, per il suo enorme volume, disturbi di indole meccanica.

Il Tricomi raccomanda ancora la splenectomia in ogni caso di milza malarica ectopica.

Non possiamo tacere che l'autorevole parere di un clinico medico, il Cardarelli, si è levato in favore della splenectomia di elezione (Cardarelli: *Lezioni di patologia e clinica medica*). Forse la di lui opinione parte dalla analogia della cura del morbo di Banti colla splenectomia. Si è osservato infatti che nei casi di malaria grave (oggi in questi luoghi rarissima) la splenomegalia precede la cirrosi epatica e non è quindi improbabile (anzi è quasi certo) che nel tumore di milza si formino i veleni cirrogeni del fegato ed allora è logico che, una volta tolta dall'organismo questa fucina di tossici, si sarà provveduto in tempo alla salvezza della integrità epatica.

Le osservazioni che ormai da molti anni abbiamo potuto fare in questo Ospedale ci hanno persuaso prima di tutto che in conseguenza della oramai lunga e abbastanza disciplinata opera di profilassi, le forme di malaria sono man mano divenute sempre più rare e le successioni morbose estreme dell'infezione palustre (cachessia; cirrosi) addirittura scomparse per esclusivo merito dello appropriato trattamento: in secondo luogo poi abbiamo avuto campo di notare che nei casi di splenomegalia malarica capitati alla nostra osservazione (casi che sono stati numerosissimi durante il mio servizio nella sezione medica prima e chirurgica poi dell'Ospedale di Grosseto) non solo non si aveva nessun risentimento epatico quanto la splenomegalia stessa cedeva in breve all'azione di adatta cura.

Perciò, pure trovando che il concetto del Cardarelli è in teoria giustissimo, da un punto di vista pratico non ci sentiamo di raccomandare la splenectomia di elezione, ma siamo di avviso che questo intervento chirurgico debba essere riserbato a quei casi di complicanze rare alle quali più sopra abbiamo accennato ed in modo speciale ai casi di urgenza come i nostri.

OSSERVAZIONI POST-OPERATORIE.

Ho voluto esaminare le condizioni delle nostre operate dopo la splenectomia e poichè ho avuto agio di seguirle per lungo tempo, credo interessante dare in breve il risultato di queste osservazioni.

I. *Condizioni generali.* — Queste migliorarono notevolmente nelle nostre splenectomizzate. Esse riacquistarono le forze e la capacità al lavoro prima ridotto molto.

Una delle splenectomizzate, veduta da me recentemente, dichiarava di avere riprese le proprie occupazioni e sentirsi «quella di prima l'operazione». Per questa parte dunque il risultato è innegabile.

II. *Esame del sangue.* — All'esame del sangue praticato nei nostri casi prima della splenectomia trovammo: diminuzione notevole dei globuli rossi, diminuzione dell'emoglobina, leucopenia.

Gli esami fatti avanti l'uscita dall'ospedale nelle nostre ammalate guarite tutte per *primam* dimostrarono un aumento di globuli rossi ed emoglobina (che però non erano ancora tornati normali) e notevole invece il cambiamento avvenuto per i leucociti. Mentre prima si aveva spiccata leucopenia si ebbe di poi mononucleosi.

L'esame ematologico praticato recentemente in uno dei casi che ho riveduto dette: globuli rossi, emoglobina e formula leucocitaria normali. In conclusione, all'esame ematologico si ebbe di notevole una fugace mononucleosi e un ritorno graduale alla normale.

III. *Resistenza organica.* — In una delle nostre splenectomizzate e in un caso operato da altro chirurgo in questo stesso Ospedale di splenectomia, osservammo una notevole labilità per le forme settiche. È questa una coincidenza fortuita o sta essa in rapporto con la splenectomia subita e con la cessata funzionalità splenica? Non ho dati per una risposta esatta.

IV. *Recidive malariche.* — Riesce la splenectomia ad eliminare i focolai parassitari e perciò le recidive? «L'esperienza insegna — dice l'Ascoli — che anche dopo la splenectomia e in un certo numero di casi (circa il 7 %) compaiono le recidive».

Possiamo praticamente confermare il giudizio dell'Ascoli. Una delle nostre splenectomizzate che per essere di Grosseto abbiamo potuto avere sempre in osservazione entrò, nel 1917, in Ospedale con febbre malarica che in vero, cedè rapidamente alla somministrazione di chinino.

Ricordo inoltre che — quando prestavo servizio nella sezione medica — fu ricoverata una

ammalata che aveva, diverso tempo prima, subito la splenectomia e presentava febbre malarica grave (forma estivo-autunnale). Questa ammalata ebbe numerose e gravi recidive anche successivamente. Ho perciò l'impressione che la percentuale delle recidive negli splenectomizzati malarici sia superiore al 7 %.

Del resto, a questo proposito, dirò con l'Ascoli che « con qualche sacrificio e attenzione i germi malarici si sterilizzano con le cure mediche ». In questi ultimi tempi con l'applicazione dei raggi X e più ancora con l'elioterapia (come recenti esperienze compiute anche in questo Ospedale mostrano) si è riusciti a ridurre notevolmente il volume della milza e a rendere più difficili, se non abolire del tutto, le recidive.

Queste osservazioni ulteriori fatte sulle nostre ammalate ci sembra che confortino ancora maggiormente la nostra conclusione sopra esposta sulla splenectomia di elezione nelle splenomegalie malariche: doversi cioè riservare questo intervento operativo ai casi di urgente necessità per complicazioni.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA.
Direttore prof. L. VANNI.

Del fattore renale in certi casi di emoglobinuria parossistica.

Prof. dott. T. SILVESTRI, aiuto volontario.

Datta, della Clinica del Ceconi, in un bellissimo lavoro sull'*Emoglobinuria parossistica da freddo e sua terapia* (*Policlinico*, P. M., n. 11, 1920) apre una parentesi sulla teoria renale della medesima.

Accennato ai lavori ed alle *opinioni* di Hayem, Chabrol e Benard, di Gilbert, ecc., al riguardo, che però non trova molto persuasive; accennato ai casi molto più suggestivi, secondo l'A., di emoglobinuria parossistica, nei quali l'emoglobinuria mancava durante gli accessi anche gravi e protraentisi a lungo (Choroschillow, Scheidenandel, Rosin, Gilbert, Chabrol, Ceconi), si ferma, pur sorvolando su di una osservazione del suo maestro, di ittero emolitico con crisi intensa di emoglobinuria, in cui non solo mancava l'emoglobinemia, ma si aveva emosiderosi solo a carico del rene.

Ricorda ancora una osservazione recente, fatta pure nella Clinica del Ceconi, relativa ad una cardiaca, nella quale un infarto renale indusse una tipica emoglobinuria, caso che troverebbe riscontro in un altro studiato da molto tempo da Strümpell, e conclude ammettendo in via di ipotesi che i *globuli rossi, che hanno già fissato emolisine circolanti possano in certi casi rifugiarsi a preferenza nel rene e quivi morirvi, e che questa preferenza possa esser causata da speciali disturbi di circolazione, senza che il rene abbia ad intervenire con attività sua propria nel processo dell'emolisi.*

Le idee del Datta rispecchiano fedelmente quelle del Micheli, che dell'argomento si è occupato colla sua abituale maestria ed eccezionale competenza.

La mancanza dell'emoglobinemia, così si esprime, in certi casi potrebbe spiegarsi ammettendo che i globuli rossi, che hanno già fissata l'emolisina circolante, si emolizzino prevalentemente in seno ai tessuti (milza, rene), dove la circolazione è più lenta, il che non sarebbe del resto che l'esagerazione di ciò che avviene negli attacchi comuni, dove il processo si inizia in circolo e si compie in parte anche nei parenchimi detti. Solo in questo senso, dice, si deve intendere la partecipazione di questi organi.

Certo la costanza della prova di Donath-Landsteiner (almeno secondo l'opinione generale), è favorevole a questa tesi, all'intervento passivo degli organi anzidetti.

Se poi si pensa alla nozione ormai pacifica, che cioè l'emoglobinuria pur rappresentando il fenomeno saliente, che dà la nota alla sindrome, può mancare senza che il quadro perda della sua individualità, della sua gravità, è mestieri convenire che l'emolisi renale, esclusivamente renale, non rappresenterebbe che l'ultimo anello, e non necessario, del complesso meccanismo patogenetico, che ancora in gran parte ci sfugge.

Il rene quindi non potrebbe mai assurgere, *sic stantibus rebus*, alla dignità di fattore etiologico (donde mancata giustificazione di una teoria renale della emoglobinuria parossitica da freddo), e il binomio sifilide-freddo conserverebbe sempre il monopolio etiologico al riguardo, salvo a rimanere, lo ripeto, in gran parte ignota l'intima maniera d'azione loro.

Solo non bisogna dimenticare che se i due fattori accennati trovano nella Clinica e nelle ricerche di laboratorio continui suffragi, non sono per sè stessi sufficienti a produrre la sindrome, chè altrimenti dovrebbe presentarsi molto più frequentemente, data la diffusione della lue ed in individui che per la loro professione, per le loro abitudini si espongono spesso al freddo, agli strapazzi, i di cui effetti sono esaltati ancora dall'etilismo.

La predisposizione quindi è condizione *sine qua non*, predisposizione che, almeno al lume

delle nozioni più accreditate, non potrebbe consistere in un *quid* che comunque diminuisca la resistenza del globuli rossi (Robin), se anche quelli di individui normali messi a contatto col siero del malato, quando si rispettano date regole, si emolizzano parimenti e nello stesso grado.

Se proprio il fattore predisposizione consiste in una spiccata vulnerabilità dei centri vasomotorî (Maragliano, ecc.), in una instabilità vasale, in reazioni abnormi neurovascolari per una speciale eccitabilità dei centri dell'azione nerveo-riflessa (Murri), se abbia, come è verosimile, una portata molto più larga, lo diranno ulteriori ricerche: a me basta per ora l'avere insistito sul fatto non da tutti preso nella considerazione che merita.

A questo punto credo non fuor di luogo riassumere una nota preliminare, comparsa nel n. 26 della *Riforma Medica* del 1919: « Quando e perchè il rene può acquistare proprietà emolitiche ».

Tenendo conto:

1° dei risultati di mie ricerche sperimentali (opoterapia renale e la teoria delle nefrolisine (*Policlinico*, Sez. pratica, 1903), coi prodotti del disfacimento renale, i quali esercitarono in ogni caso proprietà emolitiche, risultati confermati da De Renzi e Boeri (*Atti del Congresso della Società Italiana di Medicina Interna*, 1904);

2° di tre osservazioni di emoglobinuria parossistica da marcia in uno, a frigore negli altri, nei quali l'emoglobinemia fece sempre difetto durante l'attacco, qualunque ne fosse la durata;

3° di due casi di emoglobinuria ortostatica (i due pazienti presentavano anche albuminuria dello stesso nome), che si poteva provocare a piacere ingiungendo loro di tener la posizione eretta per 1-2 ore senza appoggio, il che non accadeva se il tronco era flesso in avanti e potevano appoggiarsi, ad es., alla finestra;

4° dell'osservazione di Ceconi, di cui sopra;

5° del caso Marchiafava, in cui, a parte la crisi unica di emoglobinuria parossistica a frigore, l'*emoglobinuria continua rimaneva latente perchè non rilevabile che coll'esame microscopico*, ed il reperto anatomo-patologico dimostrò una emosiderosi esclusivamente renale;

6° del fatto che nelle mie tre osservazioni di emoglobinuria la nefrite aveva preceduto rispettivamente di 5-7-9 anni circa non solo, ma che la marcia, il freddo rimanevano senza effetto, se la funzione renale era, clinicamente almeno, presso che normale, mentre esercitavano la loro azione costantemente a nefropatia palese (anche nei casi di Gajoux, di Marie e Rouèche riguardanti bambini si ripeteva lo stesso fatto), emisi l'ipotesi che il rene *malato* e *solo perchè malato* può acquistare proprietà emolitiche.

Quanto al meccanismo intimo, con cui il rene può farsi causa di emoglobinuria, scartando tutte le altre ipotesi parvemi più conforme all'osservazione spassionata l'ammettere un intervento diretto del rene, mercè la produzione locale di sostanze atte biologicamente a dissolvere i globuli rossi, quando non si volesse ritenere che quivi venissero solo valorizzate, rese attive.

Finivo dicendo che a fianco della milza, del fegato, del midollo osseo, delle glandole linfatiche, finora considerati i soli organi emolitici o capaci di diventarli, al rene spetta il suo posto, e non sempre alla retroguardia, potendo qualche volta comandare, per così dire, la situazione.

Comportamento quindi affatto passivo del rene, secondo gli *unicisti*: probabile *intervento* attivo del rene in alcuni casi, secondo me, d'accordo in ciò coi *dualisti*, i quali ammettono l'esistenza di un'emoglobinuria consecutiva ad emoglobinemia, di gran lunga la più frequente, e di un'altra di origine renale (congestione? Maragliano, Lépine).

Come mai si può negare un intervento attivo del rene nei casi in cui questo ha il monopolio dell'emolisi, come dimostrano le ricerche cliniche, *mancanza di emoglobinemia durante* l'accesso; e il reperto anatomo-patologico, *emosiderosi esclusivamente renale;* quando gli organi preposti all'emolisi in condizioni ordinarie rimangono inerti, mentre il loro intervento sarebbe di tanta utilità per l'economia, sia alleviando il rene, che risparmiando una parte del materiale che va perduto (emoglobina), per la mancata elaborazione da parte loro?

Nè vale l'obbiezione che la nefropatia, condizione *sine qua non*, almeno nelle mie osservazioni, perchè l'attacco di emoglobinuria si producesse sotto l'azione del freddo, della marcia, agisce semplicemente inducendo turbe circolatorie, stasi, che facilitano l'arrestarsi dei g. r. già carichi di emolisina, chè date le speciali condizioni della circolazione renale, caratterizzate dall'enorme squilibrio fra la pressione dell'aorta e quindi dell'arteria renale e rispettivamente delle vene renali e cava inferiore, dell'enorme quantità di sangue, che pei bisogni dell'economia attraversa il bacino renale, il rallentamento di circolo nemmeno in queste condizioni può raggiungere quello che normalmente domina negli organi ematopoietici, nel parenchima, deputati normal-

mente all' emolisi (milza, midolla delle ossa, ecc.).

Ma vi ha di più

Nei miei tre casi di emoglobinuria parossistica da freddo, da marcia, la R. W. fu negativa.

In uno che non vedo da tre anni, a quanto mi scrive, l'attacco di emoglobinuria da freddo si è riprodotto un mese fa, ad onta abbia fatto una cura lunga e ben condotta di preparati mercuriali ed arsenobenzolici.

La prova di Donath-Landsteiner, ch'io per diverse circostanze non potei praticare in nessuno, sarebbe stata affatto negativa durante l'attacco, appena finito e a qualche giorno di distanza, sia coll'aggiunta di complemento, che servendosi di grandi dosi di siero (1). Se questi risultati fossero confermati si affaccerebbe il problema se il rene, perchè malato, possa sotto l'azione del freddo, della marcia, che fra l'altro ne riacutizzano, ne aggravano le condizioni (indipendentemente quindi dal concorso di altri fattori) in individui predisposti esercitare proprietà emolitiche più o meno massive, tumultuarie sul sangue che lo attraversa, in maniera da farsi causa di accessi di emoblobinuria, che in nulla si distinguono da quelli tipici della emoglobinuria parossistica a frigore, sintomatologicamente almeno.

In attesa quindi di nuove ricerche parmi che un fattore renale attivo in certi casi di emoglobinuria parossistica da freddo, da marcia, merita di esser preso ancora in benevola considerazione, e ciò a parte il grado e le modalità dell'intervento.

Col Mya ritengo che l'emolisi in questi casi avvenga nell'interno delle arteriole renali, e quindi la forma renale, nel senso di cui sopra, non sarebbe che un caso particolare dell'altra più comune, nella quale cioè l'emolisi avviene sia nel circolo, sia anche in altri distretti vascolari (milza, ecc.). Cesserebbe quindi ogni ragione di opporre una teoria renale a quella intravasale, perchè anche nella prima il disfacimento sarebbe dentro i vasi, solo che per circostanze speciali si limiterebbe al territorio renale.

Egli è perciò che si potrebbe esser tentati a vedere sempre in turbe funzionali ed eventualmente anatomiche dei vasi sanguigni, degli endotelî vasali, che tanta importanza hanno nel mantenimento della composizione normale del sangue, la vera essenza della malattia, si esplichi essa o meno attraverso un processo di autoanafilassi, tesi che per lo meno è molto suggestiva.

E la cosa acquista verosimiglianza quando si pensa all'abnorme eccitabilità dei centri e nervi vasomotorî, osservata da Murri e Maragliano in questi malati, e non peranco smentita, donde abnormi reazioni neurovascolari; alla solidarietà fra i territori vascolari cutanei ed il rene, che le lesioni renali esagerano l'impressionabilità per il freddo (criestesia), che il sistema vasale è il più antico organo ematopoietico sia filogeneticamente che ontogeneticamente.

25 dicembre 1920.

(1) Tutto ciò risulta da reperto medico annesso.

COMMENTI.

A proposito della tinta dei malarici.

Nota per il dott. CAPUANI GIANFRANCO.

La bella lezione dello Jona sulla tinta dei malarici pubblicata nel fascicolo N. 29 del *Policlinico* mi offre lo spunto a un piccolo cenno polemico sull'argomento.

Con rara maestria l'autore ha trattato la questione, corredando le sue osservazioni con ricerche isto-patologiche che danno una scientifica dimostrazione che il *pigmento malarico non viene fissato dalla cute.* Lo Jona attribuisce quindi la tinta dei malarici a pura e semplice anemia.

Io ritengo che una tale formula sia troppo semplicista; ritengo che al fattore anemia altri se ne aggiungano.

Chiunque di noi ha fatto campagne antimalariche durante la guerra sul nostro fronte, in Albania o in Macedonia, ha ritratto chiara l'impressione che la tinta malarica sia assolutamente *sui generis,* ch'essa sia ben differente dalla tinta puramente anemica. Ben ci ricordiamo che questa tinta aveva oltre che il tono una distribuzione sua propria: si parlava di *maschera malarica,* di cloasma, direi quasi, che permetteva a colpo sicuro di distinguere gli anemizzati malarici dagli anemizzati per ferita, suppurazioni, ecc.

Ma non sarebbe questo un criterio sufficiente da opporre alle argomentazioni dello Jona.

Altri criterî clinici di immenso valore possiamo trarre da un fattore chiaramente rintracciabile nella malaria: l'iposurrenalismo acuto delle malattie infettive e i rapporti suoi ben noti con la pigmentazione cutanea.

Il fatto è ormai acquisito alla scienza e a me basti accennare qualche dato fra i più incisivi e dimostrativi.

L'Ascoli nel suo trattato riferendosi a ricer-

che di anatomia patologica fatte sulle ghiandole surrenali nella malaria così scrive: «l'esame delle capsule surrenali andrebbe perfezionato, poichè esse hanno probabilmente nella malaria una importanza anche maggiore di quella ad esse riconosciuta in molte malattie infettive. La bassa pressione del sangue, e la frequenza e la piccolezza del polso; l'ambascia addominale e il vomito, la prostrazione delle forze e l'astenia; il collasso, *la pigmentazione bruna* (insomma i sintomi più caratteristici degli accessi malarici e dei postumi di essi) rappresentano quasi intero il quadro dei fenomeni recentemente descritti come proprî dell'insufficienza capsulare».

A quanto scrive l'Ascoli credo che poco ci sia da aggiungere. Paisseau e Lemaire hanno fatto diligenti ricerche necroscopiche su casi di morti per malaria ed hanno trovato chiari fatti di necrosi emorragica nei surreni specialmente nella zona corticale con presenza (sotto forma di trombi e infarti) di numerosi parassiti.

Dal lato clinico l'iposurrenalismo è stato trattato dal Quarelli (*Pensiero Medico* del 18) e magistralmente — come è noto — dal Sergent che ne fa il fulcro, la base sulla quale innalza in questi ultimi anni la sua opera scientifica nei rapporti specialmente della tubercolosi. Argomento e tesi tanto più importanti in quanto darebbero un facile indirizzo terapeutico con la medicazione surrenale.

Del resto è cosa facile lo studiare collo sfigmomanometro il comportarsi della pressione sanguigna nella malaria. Trovandomi in Tracia dopo l'armistizio, presso un Ospedale militare bulgaro, ebbi occasione di interessarmi di tale questione. Non possedevo uno sfigmomanometro Riva-Rocci, ma solo un manometro con scala di nessun valore assoluto, cosicchè non posso portare cifre esatte di pressioni; potei però stabilire che nei malarici l'ipotensione era notevole, i valori assoluti circa la metà di quelli ottenuti nelle persone sane e nettamente coincidenti cogli accessi febbrili. Posso affermare che mi risultava netto il rapporto proporzionale fra ipotonia vasale, pigmentazione cutanea e grado di abbattimento del malato. È vero che col risollevarsi della pressione arteriosa non procedeva di pari passo la scomparsa della pigmentazione cutanea, della *maschera malarica*, ma questo è comprensibile quando si pensi all'elasticità del sistema vasale e alla facilità di rapide ampie oscillazioni in più e in meno, mentre il pigmento cutaneo, per quanto patologicamente accresciuto, non può, con eguale velocità di tempo, scomparire.

Passare poi dall'avere ammesso l'importanza dell'iposurrenalismo acuto infettivo nella malaria, all'influenza che detto fenomeno può avere sulla pigmentazione cutanea mi sembra ozioso.

Potrà lo Jona interessarsi dell'argomento e stabilire anche prove di terapia surreno-chininica del resto già praticata da altri autori, egli che dispone di abbondante materiale di studio, e seguire comparativamente il comportarsi della tinta nei malarici, così trattati, con quelli trattati a solo chinino e rapportando i risultati a un grado fisso di anemia.

Chignolo Po, 18 luglio 1921.

SUNTI E RASSEGNE.

NEVROLOGIA.

Le meningiti nella sifilide acquisita ed ereditaria.

(BARTHELEMY. *Gaz. des Hôpitaux*, pag. 165, 1920)

La sifilide è capace di dar luogo ad ogni tipo clinico di meningite: ma non ogni disturbo meningeo sifilitico si rivela con segni clinici, molte volte è il laboratorio, è la puntura lombare quella che permette di svelare le reazioni meningee cliniche ed organiche e di determinare i disturbi biopatologici meningei.

Ed è in ogni periodo della sifilide acquisita od ereditaria che può stabilirsi una meningite cronica, di cui sono dirette conseguenze la tabe, la paralisi generale, l'emiplegia, la meningo-mielite diffusa, la mielite trasversa.

Etiologia: La meningite sifilitica abitualmente è primitiva, talora secondaria a lesioni del sistema nervoso o delle pareti ossee.

Anatomia patologica: Nelle forme acute e subacute infiammazione della pia madre con edema e tumefazione della leptomeninge. Istologicamente dominano le lesioni vasali specifiche con infiltrazione linfocitaria.

Nelle forme croniche possono aversi gomme miliari, numerose con l'aspetto granuloso dei vasi simile alla meningite tubercolare: più spesso sono scarse e più voluminose. Loro sede frequente è la base, all'origine dei principali nervi cranici, ma possono risiedere anche sulla convessità.

Altra forma cronica è la sclerosi — espressione sovente di un processo di riparazione gommoso.

Frequente è l'associazione sclero-gommosa.

Talora la sclerosi si sviluppa ad anello intorno al midollo, completo (ed allora si isola la parte inferiore della cavità sottoaracnoidea e

si accompagna a xantocromia e coagulazione massiva), od incompleto (di cui è espressione la pachimeningite cervicale ipertrofica).

Menzione speciale merita la pachimeningite emorragica spesso causata dalla sifilide, perfino nei lattanti e neonati, con sede alla convessità e formazione di ecchimosi, di cisti, di neomembrane.

Liquido cefalorachidiano. La puntura lombare permettendo di svelare molto tempo prima dei segni clinici la meningo-vascolarite cui presto o tardi potrà seguire una tabe, ha un eccezionale valore preclinico.

L'aspetto del liquido può esser modificato, chiaro o puriforme o leggermente opalino indicante una ipercitosi importante.

Il colore, salvo le rare xantocromie o le emorragie meningee, è normale.

La pressione è spesso aumentata: l'ipertensione con o senza segni clinici (ordinariamente con cefalea) può essere la sola anomalia.

La reazione citologica è ordinariamente linfocitica, ma non sono rari i polinucleari, specie nei processi acuti. Talora trovansi mononucleari del tipo plasmazellen o plasmociti, sono queste cellule uninucleate, con grosso nucleo eccentrico, a protoplasma abbondante, fortemente basofilo, con uno spazio chiaro intorno al nucleo.

L'albuminosi è frequente — anormale allorchè supera il 0.20 per litro.

Alla globulina dobbiamo la reazione di Nonne Apelt al solfato di ammonio, e la reazione di Noguchi all'acido butirrico.

L'iperalbuminosi forte si accompagna ad una Wassermann positiva.

L'iperglicorachia è incostante.

La reazione di Lange o dell'oro colloidale è basata sulla precipitazione del colloide da sostanze sviluppate nel liquido cefalo-rachidiano, della sifilide: serve per la diagnosi di varietà di alterazione sifilitica.

Difficile è il rinvenimento del treponema.

Interpretazione dei risultati della puntura. — Senza ricorrere ai cinque gradi distinti da Jeanselme e Chevallier, possiamo con Ravaut descrivere tre soli tipi di reazione:

1° ipertensione; lieve albuminosi; qualche grande mononucleare;

2° linfocitosi o meglio ipercitosi, con o senza aumento dell'albumina;

3° ipertensione; liquido torbido; forte reazione linfocitaria-plasmocitaria; iperalbuminosi: Wassermann positiva.

Secondo Sicard e Roger in caso di evoluzione progressiva malgrado la cura, si osserverebbe prima l'albuminosi, poi l'ipercitosi, infine la Wassermann.

Secondo Ravaut il primo tipo esiste negli antichi sifilitici ed all'inizio del periodo secondario; il secondo è specialmente il tipo generale della reazione meningea cronica con qualche segno organico; il terzo è in rapporto con lesioni meningo-vascolari, spesso è il solo sintoma obiettivo preclinico della meningomielite, della tabe, della p. p.

Negativa, la puntura lombare fa dunque togliere la diagnosi di disturbo organico (eccetto alcune eccezionali circoscritte o profonde lesioni). Positiva mostra la esistenza di una meningite e la sua disposizione evolutiva.

Sintomatologia. — Praticamente possiamo distinguere:

1° Le reazioni latenti: la meningite latente esisterebbe nel periodo primario, sarebbe frequentissima nel secondario e terziario.

2° Le meningiti croniche: la meningite latente si esteriorizza con dei segni clinici, talora con un solo segno. Il più delicato di tali segni è l'alterazione della reazione pupillare irregolarità pupillare, miosi, e più avanti l'*Argyll-Robertson*. Il disturbo completo è costituito dalla immobilità, ineguaglianza, irregolarità.

Altri segni parcellari, transitori riguardano il nervo ottico, l'oculo motore comune, il facciale, l'acustico, il trigemino, i nervi rachidei (con dolori e alterazioni della sensibilità a tipo radicolare).

Spesso il segno rivelatore è l'abolizione dei riflessi tendinei, un disturbo degli sfinteri, un *ictus*: e, fra i segni subiettivi, la cefalea, la caduta dei capelli, l'astenia.

Varietà cliniche sono le meningiti circoscritte, quelle diffuse, le forme croniche spinali, la paralisi spinale d'Erb, la mielite trasversa, la pachimeningite cervicale ipertrofica, la pachimeningite emorragica.

3° Le meningiti acute sifilitiche — assai rare ad evoluzione abitualmente favorevole e talora rapida. — Le forme cliniche sono multiple: basilare, della convessità, cefalalgica, comatosa, mentale.

Meningiti nella sifilide ereditaria. — Bisogna qui distinguere da una parte quei disturbi simili a quelli della sifilide acquisita, con gli stessi sintomi clinici e di laboratorio, con la stessa maniera d'evoluzione verso la tabe, la p. p. e le alterazioni più o meno complesse della sifilide meningo-nervosa circoscritta o diffusa. Così è facile vedere presso i giovani eredoluetici i piccoli segni pretabici — l'Argyll, l'ineguaglianza pupillare, lo strabismo, ecc. — È

dunque evidente che la meningite ha spesso un inizio intrauterino ed ha una parte importante nella mortalità prenatale.

Un altro gruppo di fatti morbosi è costituito dall'*idiozia meningitica*, postumo di una meningite precoce come la p. p. lo è di una meningite più tardiva, l'*idrocefalia* dovuta in certi casi ad una coroido-meningite, *l'idiozia mongolica*, la *pachimeningite emorragica*, ed altre differenti sindromi più o meno complesse in cui l'eredo-sifilide è sempre più messa in evidenza.

Prognosi generale. — Da quanto è stato esposto risulta chiaro che i danni più gravi sono dati dai fatti che possono accadere dopo un tempo più o meno lungo dall'inizio della meningite: la triade iperalbuminosi, ipercitosi, W. positiva — è funesta. La persistenza della W. positiva deve far prevedere la p. p. (Sicard e Roger).

Diagnosi. — La diagnosi non può esser data, nelle reazioni meningee latenti, che dalla puntura lombare. Può una albuminosi e una leucocitosi del liquido c. r. riscontrarsi nel saturnismo ma gli altri sintomi di intossicazione professionale ci metteranno sull'avviso.

La meningite sifilitica deve esser differenziata dalla meningite tubercolare, ben tenendo presente il fatto che ambedue possono coincidere. Si possono prestare ad apparenti confusioni diagnostiche anche la meningite cerebrospinale, la poliomielite, le reazioni meningee delle infezioni, delle intossicazioni esogene (alcool, ossido di carbonio) ed endogene (uremia).

Cura generale indicata in tutti i casi ma non sufficiente in tutti poichè le meningi sono impermeabili alle sostanze medicamentose. L'intensità deve esser notevole specie nelle forme croniche con W. positiva nel liquido c. r., e, s'intende, vanno adoperati i composti arsenicali a serie: gr. 3.50 di arsenobenzolo o 5.50 di novarsenobenzolo ripetuti fino alla scomparsa dei segni clinici e della W. positiva.

Cura locale. — È stato per primo adoperato il mercurio (ioduro, mercurio colloidale, cianuro, sublimato): i risultati della mercurializzazione diretta meningea non sono stati però incoraggianti.

Numerosi autori hanno saggiato il trattamento intrarachideo salvarsanico: alcuni vantano dei successi, specie col siero del malato salvarsanizzato in vivo o in vitro, altri pubblicano risultati disastrosi.

Si avrebbe miglioramento completo in 7-8 mesi nella tabe ed in 1-1 e mezzo anni nelle p. p. poco avanzate.

Tzanch e Bernard impiegano il metodo intravenoso, combinato alla *aspirazione* rachidea di Sicard, togliendo cioè cinque minuti dopo ciascuna iniezione intravenosa 10 cc. di liquido c. r.

Quello che importa si è che, ad evitare meningo recidive, la cura, in tali affezioni sopratutto se fatta con un arsenobenzolo, non deve esser cessata troppo presto ma eseguita a serie lunghe, ripetute, energicamente ma con prudenza.

MONTELEONE.

Meningite tubercolare.

(G. F. LIBBY. *The Journ. of the Amer. medic. Assoc.*, 18 dicembre 1920).

Per una diagnosi precoce della meningite tubercolare è necessario saper cogliere e armonizzare i sintomi generali e i sintomi a carico dell'occhio. Vi è un breve periodo prodromico con cefalea più o meno intensa, vomito, dolori al petto e all'addome, perdita di peso, sonnolenza, intelligenza diminuita. Nello stadio successivo l'interessamento del midollo spinale è indicato da dolori lungo il rachide o da rigidità del collo. Anche i nervi cranici possono essere coinvolti nel processo morboso, ciò che viene rivelato dalla ptosi di una o di ambedue le palpebre, dallo strabismo convergente o divergente, dal nistagmo, dall'ineguaglianza delle pupille con la reazione alla luce torbida o assente. I riflessi ordinariamente sono esagerati, quindi diminuiti e finalmente perduti. La temperatura si eleva, il polso è lento ma negli stadi ulteriori si fa piccolo e frequente. I bacilli tubercolari riscontrati nel liquido cefalo-rachidiano tolgono qualsiasi dubbio alla diagnosi. Per il Mesner, che la considera sempre secondaria ad un altro focolaio tubercolare nell'organismo, la meningite tubercolare è sempre fatale.

Il Nichols afferma che i tubercoli miliari tipici invadono le meningi o a piccoli focolai o a larghe aree con produzione di un essudato mucillaginoso e molta sierosità; che dei nervi oculari il sesto è il più suscettibile; che le pupille prima sono miotiche e più tardi midriatiche, e che la coroide presenta non di rado un disco doppio ingorgato e dei tubercoli.

L'Hawthorne richiama l'attenzione sul coma, che gradatamente si fa più intenso con o senza vomito, quale uno dei segni più definiti iniziali della meningite tubercolare. Il sintoma cerebrale prima osservato indica l'arrivo dell'embolo infetto da un focolaio qualsiasi, spesso neanche dimostrabile, in un punto dell'organismo. L'infezione si sviluppa colà, nel punto d'arrivo dell'embolo, e poi si allarga. Anche un attacco convulsivo emilaterale può rappresentare il primo segno della malattia.

L'Hickling richiama anche l'attenzione sulle malattie indefinibili con eventuali convulsioni atipiche, quali costituenti il periodo prodromico di questa malattia.

Il Van der Bogert cita un caso di meningite tubercolare guarito. Si trattava di un bambino di tre anni e mezzo che, dopo una tosse grippale, si ammalò di meningite tubercolare, con linfocitosi del liquido rachidiano e reperto positivo di bacilli tubercolari, in numero di due. I sintomi meningitici durarono due mesi. Dopo la puntura lombare cessarono i sintomi. Afferma di non esser il solo ad attestare la guarigione di detta malattia, e che altri sette osservatori hanno avuto casi come il suo.

Il Browning, dal canto suo, cita parecchi casi, in cui il decorso della malattia fu arrestato per lungo tempo.

L'A., che esercita nel Colorado, ove per le ottime condizioni climatiche accorrono molti tubercolosi americani, riferisce parecchi casi di sua osservazione, in cui è stato colpito dalla grande frequenza nell'età adulta rispetto a quella infantile, e nel sesso maschile rispetto al sesso femminile. È curioso il fatto, che spesso egli è stato chiamato in casi che poi si sono rivelati meningiti tubercolari per cefalee attribuite a sforzi della vista, per cui si prescrivevano adatte lenti; diminuiva intanto la facoltà visiva. Piu tardi delle paralisi oculari, la midriasi, la cecità inducevano a domandare schiarimenti dall'oculista, il quale ordinariamente dava reperti negativi dapprima, e poi con l'andare del tempo scopriva iperemia della papilla o moderato edema del disco e della retina circostante. Mai non furono visti tubercoli della coroide, perchè ivi non si adoperava l'oftalmoscopio elettrico, che ha permesso al Marple, al Carpenter, allo Stephenson l'affermazione che nel 50 % dei casi esistano tubercoli della coroide. Negli adulti egli non ha notato il lento periodo prodromico, che si suole riscontrare nei bambini, nei quali la cefalea è solo uno dei tanti sintomi di questa grave malattia. Spesso la diagnosi è incerta fra un tumore cerebrale, una nevrite ottica luetica, e una meningite tubercolare. Bisogna conchiudere che le cefalee intense d'improvvisa apparizione e di carattere persistente in un paziente adulto con una storia di tubercolosi, attiva o spenta, dovrebbero destar sospetto di meningite tubercolare. Specialmente, se le si mettono in rapporto con lesioni della motilità oculare, della palpebra superiore, della pupilla, o con diminuzione della vista, eventualmente concomitanti o successive. Pare che l'oculista abbia nelle mani tutto ciò che occorre per mettere la diagnosi di una malattia, che ha un inizio così subdolo, molto tempo prima che lo sviluppo comparativamente lento della sindrome, ne renda il riconoscimento così facile che uno possa quasi « leggerla correndo ».

N. Gentile.

Sull' infezione sperimentale delle meningi con germi contenuti nel sangue circolante.

(Lewis ed H. Weed. *Archives Médicales Belges*, n. 1, 1920).

L'A. ha sperimentato su vasta scala il potere infettante per le méningi, di numerosi germi, studiando tanto quelli che abitualmente si riscontrano nelle meningiti umane, quanto altri germi. L'animale che meglio si presta per tali ricerche è il gatto. Fra i germi, sperimentati, i più attivi per la produzione di una meningite sono il B. coli, il paratifo B., il piocianeo, il B. *mucosus capsulatus*, e sopratutti il *Bacillus lactis aërogenes* (classificazione di Perkins). Quest'ultimo è capace di produrre una meningite mortale in 24 ore anche quando sia introdotto nella proporzione di 20 microbi soltanto. L'inoculazione era fatta attraverso lo spazio occipite-atlantoideo, o con la puntura lombare. I passaggi del germe nell'animale (meningi) mantenevano esaltata e costante la virulenza del germe, circa la produzione della meningite, ma non ne modificavano il potere patogeno nei riguardi dell'introduzione per via endovenosa. Introdotto nelle vene, il *B. lactis aërogenes* è ucciso dopo breve tempo, a meno che esso non sia iniettato in grandi quantità. L'A. iniettò in una serie di gatti 0.5 cc. di una cultura di 24 ore in brodo di *B. lactis aërogenes* ed in un altra serie 0.25 cc. della stessa cultura. Nei primi animali non si ebbe a notare alcun fenomeno particolare e sacrificati dopo un mese, non si riscontrò alcuna lesione anatomo-patologica. Agli animali della seconda serie venne praticata una puntura occipite-atlantoidea con sottrazione di 1 a 2 cc. di liquido cefalo-rachidiano.

Detti animali morirono per meningite in uno spazio di tempo dalle 16 alle 120 ore dopo la puntura. La sottrazione di liquido cefalo-rachidiano rappresenta quindi un fattore importante nella produzione delle meningiti sperimentali. Con tale mezzo l'A. potè ottenere la produzione di meningite non solo nel gatto, ma anche nella scimmia, nella cavia, nel topo bianco e nel coniglio, e anche con germi che abitualmente si mostrano incapaci di dare una meningite spe-

rimentale. Con successive ricerche l'A. determinò che si ha lo sviluppo di una meningite quando la sottrazione di liquido cefalo-rachidiano è praticata meno di 30 minuti prima dell'iniezione del germe e sino a 5 ore dopo l'infezione. In base a ricerche accurate ed a numerose esperienze l'A. ritiene che la produzione della meningite in seguito a sottrazione di liquido cefalo-rachidiano nel corso di una batteriemia sperimentale, sia dovuto all'abbassamento della pressione intracranica e a conseguente rallentamento della circolazione venosa cerebrale; avendo potuto egli ottenere lo sviluppo della meningite anche con la compressione soltanto delle vene giugulari o con l'iniezione endovenosa di soluzioni ipertoniche, praticate sempre a breve distanza dall'iniezione del germe per via endovenosa.

Ripetendo le esperienze di Flexner e Amoss, e di Austrian, l'A. con l'iniezione di siero omologo, autologo, o eterologo negli spazi sottoaracnoidei da 5 a 120 ore dopo l'iniezione endovenosa di *B. lactis aërogenes* ebbe, su 39 gatti così trattati, soltanto 9 casi di meningite. L'iperemia attiva delle meningi determinata dal siero favorisce l'attecchimento di germi presenti nel sangue circolante, ma molto meno efficacemente dell'abbassamento della pressione del liquido cefalo-rachidiano.

I risultati sperimentali ottenuti dall'A. concordano con l'osservazione clinica della comparsa di meningite in ammalati di setticemia ai quali era stata praticata una prima puntura lombare con sottrazione di liquido cefalo-rachidiano perfettamente normale. Sperimentalmente per altro l'invasione delle meningi, con la sottrazione di liquido cefalo-rachidiano, si ha soltanto quando sufficiente è il numero dei germi presenti nel sangue circolante, e spiccata la virulenza. TRENTI.

Metodi clinici di esame del liquido cerebro-spinale.

(C. TESCOLA. *Bullettino delle scienze mediche di Bologna*, 1921, fasc. I-IV).

Numerose sono le reazioni proposte per l'esame del *liquor*, dai diversi Autori: nell'intento di stabilire quali, fra esse, avessero maggior valore nel rivelare le più lievi e le più sostanziali modificazioni, l'A. ha esaminato 150 liquidi, provenienti dalle più svariate malattie del sistema nervoso. Le reazioni scelte e le tecniche usate sono le seguenti:

Dosamento dell'albumina (Brandberg). — Fondato sul fatto che una soluzione di albumina 1:30000 dà la reazione di Heller (anello bianco, stratificando su acido nitrico) nel tempo minimo di 3': l'ottenere tale reazione in 3' significa quindi che il liquido contiene 0.0033 % di albumina. Per dosare questa in liquidi, che ne contengano maggiori quantità (il *liquor* ne contiene 0.18-0.30 %), si fanno diluizioni al decimo e poi gradatamente maggiori, fino a trovare il limite: con un semplice calcolo si troverà la quantità di albumina contenuta nel liquido originale. È bene stratificare sull'acido nitrico quantità sempre uguali di diluizioni.

Determinazione delle globuline (I fase di Nonne-Apelt). — Come reagente si usa la soluzione preparata con 85 g. di solfato di ammonio in 100 cmc. di acqua distillata calda, filtrando dopo raffreddamento; la soluzione deve avere reazione neutra. A 1 cmc. di *liquor* si aggiunge, in una piccola provetta, 1 cmc. di reagente e si agita; la perdita della limpidezza entro 3 minuti indica reazione positiva, che può avere tre gradi (lieve opalescenza, opalescenza, intorbidamento). Nell'apprezzamento, il fattore subbiettivo è inevitabile.

Esame citologico (metodica di Widal-Ravaut). — Il sedimento si ottiene agevolmente col tubo di Dagnini: costituito da un cilindro di vetro lungo cm. 7, del diametro di mm. 13, chiuso ad una estremità (l'inferiore) con un tappo di gomma. Nell'interno del tubo si introduce un dischetto di vetro, che va a poggiare sulla superficie interna del tappo di gomma.

Dopo centrifugazione e decantazione del liquido, si toglie il tappo di gomma e quindi il dischetto di vetro che si depone sul portaoggetti, praticando l'esame a fresco e, dopo asciugamento all'aria, colorando con May-Grünwald. Per ottenere risultati paragonabili, bisogna usare sempre quantità uguali di liquido, centrifugare con la stessa velocità e per lo stesso tempo, esaminare con lo stesso ingrandimento. In liquidi cer. spin. normali si trovano 1-3 linfociti per campo (Koristka 1/12 oc. comp. 4).

Reazione di Wassermann. — È stata fatta con la tecnica originale, usando quantità gradatamente crescenti di *liquor* (cmc. 0.40-0.50-0.60) centrifugato se torbido e non inattivato.

Reazione di Noguchi. — In una provetta, a cmc. 0.4 di *liquor* si aggiungono cmc. 2 di soluzione al 10 % di acido butirrico, e si scalda: appena il liquido bolle, si aggiunge soda N/10 cmc. 0.4 e si fa bollire ancora per qualche secondo. La reazione è positiva quando si forma un precipitato granuloso, che tende a raccogliersi nel fondo in una massa com-

patta: si hanno tre gradi, che si apprezzano dal sedimento che si forma entro 3 ore.

Nel *liquor* normale si ha quasi sempre opalescenza e talvolta anche intorbidamento, non mai però aspetto granuloso, nè sedimento compatto. La reazione è frequente nelle affezioni luetiche del sistema nervoso, ma non è specifica.

Reazione di Boveri. — Mescolanza (reaz. globale) o stratificazione (reaz. zonale) a parti uguali di *liquor* e di soluzione di permanganato di potassio a 0.1 ‰. Si nota modificazione di colore dal violetto al giallo: la reazione è positiva se il cambiamento avviene in 6 minuti: forte in 1'-2', media in 2'-4'; debole in 4'-6'. La reazione globale è di più facile apprezzamento: è bene usare *liquor* fresco e centrifugato, e soluzione di permanganato a titolo esatto e rinnovata di frequente.

La quantità complessiva di *liquor* occorrente per le ricerche accennate non supera i 7 cmc.

***

I risultati ottenuti dall'A. sono i seguenti:

Esame citologico: La pleocitosi costituisce la più frequente alterazione, ed è a ritenersi quindi il primo segno dell'iniziale patimento delle meningi. Mentre poi nel *liquor* normale si hanno solo rari linfociti e qualche cellula a reticolo, in condizioni patologiche si riscontrano numerosi linfociti o polinucleati, meno frequentemente mononucleati o grassi linfociti, cellule a reticolo, emazie. La pleocitosi a tipo linfocitario è frequente, ma non costante nelle meningiti tubercolari (in cui si accompagna di solito ad aumento dell'albumina e delle globuline): essa è costante e precoce nella localizzazione meningea della lue. La pleocitosi a tipo esclusivamente polinucleare caratterizza le infezioni meningee acute. Reazioni linfocitarie si hanno spesso nelle sciatiche radicolari, herpes zoster, tumori cerebrali, ecc.

Determinazione delle globuline. — È stata positiva nel 70 % dei casi; è positiva nei liquidi a contenuto normale di albumina: non esiste un rapporto costante fra intensità della reazione ed aumento globale di albumina. Quando si dosi dapprima l'albumina totale e poi la serina (frazione albuminica, che rimane dopo la precipitazione delle globuline) si osserva che nelle affezioni meningee sifilitiche, la frazione globulinica prevale sulla serinica, mentre il contrario avviene nelle meningiti tubercolari, nella sindrome di Froin, e specialmente nella meningite purulenta.

Reazione di Noguchi. — Ha dato risultati concordi con la determinazione delle globuline, di cui può stabilire una conferma, nel caso di lieve opalescenza.

Dosamento dell'albumina. — L'aumento è stato osservato nel 58 % dei casi, con cifre elevate nelle meningiti acute, basse in quelle croniche. L'iperalbuminosi accompagna l'aumento delle globuline: non sempre però vi coesiste pleocitosi. come l'A. ha notato in un caso di uremia ed in due di sindrome di Froin (dissociazione albumino-citologica).

Coagulazione massiva di Froin. — Osservata in tre ammalati con sintomi di compressione del midollo lombare, in liquidi limpidissimi di colore giallo-verdastro, due dei quali coagularono spontaneamente, l'altro con l'aggiunta di piccola quantità di siero fresco di cavia per eseguire la Wassermann.

Xantocromia. — Riscontrata in colpiti da emorragia cerebrale con inondazione ventricolare, spesso nei fratturati del cranio: si manifesta 24-26 ore dopo l'ictus e permane diversi giorni.

Reazione di Wassermann. — Positiva nel 68 % dei casi di sifilide nervosa (100 % in paralisi progressiva), spesso anche quando era negativa nel sangue. È sempre accompagnata da aumento di globuline, da linfocitosi e, spesso, da iperalbuminosi.

Reazione di Boveri. — Non è in relazione, nè con l'aumento delle globuline, nè con la linfocitosi; è invece in rapporto con l'aumento dell'albumina. Questo rapporto non è però quantitativo, poichè vi intervengono altri fattori, fra cui probabilmente la presenza di emoglobina o di pigmenti da essa derivati. I liquidi xantocromici delle sindromi di Froin, delle emorragie meningee, quelli verdastri delle meningiti purulente danno la reazione in un tempo molto breve. Nei liquidi o contenuto normale di albumina, il tempo massimo può essere di 7-25 minuti. Questa reazione costituisce comunque un indice sicuro di alterazione nella composizione del liquido cefalo-rachidiano e, data la sua grande semplicità, può essere utile al medico pratico, sprovvisto di altri mezzi di indagine.

***

Ciascuna delle reazioni studiate è di per sè sufficiente a rilevare l'alterazione della composizione del *liquor* come espressione di una lesione generica delle meningi. Nel loro insieme, tali reazioni danno un contributo notevole per completare la fenomenologia clinica, che caratterizza speciali quadri morbosi. La reazione di Wassermann e l'esame batteriologico permettono poi un giudizio sicuro sulla natura delle meningiti.

A. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Dott. JULIUS BAUER. *Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten.* 2ª edizione migliorata e corretta con 13 figure nel testo. Ed. Julius Springer, Berlin, 1921, pagine 630. Prezzo, M. 88.

Gli studi e le ricerche sulla dottrina delle costituzioni e sulla importanza di essa nei riguardi della patologia umana, hanno raggiunto in questi ultimi tempi, sotto l'impulso loro dato dai poderosi lavori di Martius, un impensato sviluppo. Della rinnovata attività scientifica in questo campo della medicina è indice la 2ª edizione dell'opera di Bauer che segue a soli tre anni di distanza la prima edizione.

Il libro è fatto con intendimenti essenzialmente pratici e i problemi d'indole generale vi sono sobriamente trattati. Ad essi è dedicata la prima parte dell'opera nella quale sono prospettate con chiarezza e brevità le questioni relative alla patologa generale delle costituzioni e sono definiti problemi che non soltanto interessano la patologia umana, ma rivestono per la biologia generale la più alta importanza. Basterà ricordare quelli relativi alla eredità e alle leggi che la governano, al causalismo e al condizionalismo considerati come fattori etiologici delle forme morbose, alla costituzione generale e parziale, alle anomalie funzionali e morfologiche, alla degenerazione, ecc.

La parte generale contiene pure un'esposizione critica delle varie classificazioni delle costituzioni — fra cui una proposta dall'autore e basata sulla distinzione di quattro tipi fondamentali — ed è chiusa da un capitolo nel quale è trattata l'importanza del fattore costituzionale nello sviluppo delle malattie infettive e dei tumori maligni.

Nella seconda parte la patologia speciale dei singoli organi e sistemi è ampiamente trattata in capitoli separati nei quali con spirito critico e con gran copia di citazioni è messa in luce la parte riservata alla costituzione nella determinazione e nello svolgimento delle diverse forme morbose.

Sebbene, specialmente a noi italiani, non possa non recare sorpresa il fatto che in un libro che tratta della dottrina delle costituzioni non figuri il nome di Achille De-Giovanni, pure è doveroso riconoscere che il pregio dell'opera di Bauer sta, più che nell'originalità dei concetti, nella ricchezza dei richiami bibliografici, nonchè nell'accuratezza e nello spirito critico con cui i numerosissimi lavori sull'importante argomento sono citati e riassunti.

Al Bauer e all'editore Springer va data lode per avere, in tempi difficili, condotto a termine un'opera di non piccola mole che potrà essere utilmente consultata da ogni medico che voglia essere a giorno del moderno movimento scientifico.

F. M.

R. DE NUNNO. *Il morbo di Hodgkin.* L. Pierro, ed. Napoli, 1920. Prezzo L. 25.

La monografia del De Nunno sul morbo di Hodgkin si aggiunge alle altre, che vanta in questi ultimi anni la letteratura medica italiana, a delimitare gli esatti confini clinici e anatomopatologici della linfogranulomatosi maligna. La vasta letteratura sull'argomento è felicemente riassunta; in base all'esperienza dei numerosi casi pubblicati, è ricostruita la sintomatologia, col decorso, con le varie forme cliniche che la malattia può assumere.

Una larga parte è data alla anatomia e specialmente all'istologia patologica, che deve sempre essere il suggello al sospetto clinico per una esatta diagnosi. Dopo lo studio dei dati diagnostici diretti e di diagnosi differenziali, l'A. studia gli elementi utili alla prognosi e discute il valore dei vari elementi terapeutici, di cui qualcuno è ricco di promesse.

Il contributo personale (due casi) è scarso, data la rarità della malattia nella regione nella quale lo studio si è svolto. Il volume, che è opera di sano equilibrio e di critica serena, oltre che di paziente ricostruzione, sarà utile agli studiosi che ancora invano cercherebbero sui trattati, anche moderni, idee chiare sull'argomento. Magnifiche figure dei casi direttamente studiati si aggiungono al testo ed un indice bibliografico accuratissimo.

t. p.

KAESTNER SANDOR. *Kurzes Repetitorium der Vergleichenden Embryologie.* Un vol. in-16° di 93 pag. — J. A. Baroth, edit., Lipsia, 1920. Prezzo marchi 3.60, oltre ai relativi aumenti.

È innegabile l'utilità di questi brevi ripetitorî per lo studente, che ne viene aiutato alla più esatta comprensione delle lezioni cattedrattiche ed ha poi la possibilità di rammentare con poca fatica i punti più salienti della materia. L'A. dopo i capitoli introduttivi sulla fecondazione e maturazione dell'uovo tratta la segmentazione di questo e la formazione dei foglietti germinativi, l'origine e lo sviluppo dei diversi organi e sistemi: interessante è il capitolo sull'origine della forma del corpo. Lo studio dell'embriologia è di solito a torto trascurato, specialmente dopo gli anni universitari: questo libretto potrà giovare a chi voglia rinfrescare o ricapitolare le sue nozioni in materia.

fll.

CANDY H. C. H. *A manual of physic theoretical and practical for medical students.* Un volume rilegato in-16 di 451 pag. con 280 fig. ed una tavola colorata. Cassel and Company, ed., Londra, 1919.

Gli studenti in medicina non tengono in dovuto conto durante gli anni universitarî gli studî di fisica, che invece nella pratica medica offrono numerose applicazioni. In questo buon manuale, l'A. dà un'idea generale degli elementi di fisica, insistendo specialmente sulle parti, sugli strumenti, sulle proprietà, che possono interessare il medico ed il biologo. Ogni capitolo è corredato da esercizî, che forniscono le applicazioni di quanto è descritto nel testo; alla fine trovasi un capitolo di fisica pratica (misura di grandezze, uso della bilancia, lettura del barometro, ecc.), Il volumetto è alla sua seconda edizione. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 24 maggio 1921.

Presidenza del prof. V. ASCOLI - *Presidente.*

Tecnica nuova per produrre stenosi nei vasi sanguigni.

Prof. L. C. ZAPELLONI. — L'O. accenna anzitutto alla importanza che ha o può avere la stenosi chirurgicamente prodotta nei vasi sanguigni sia per ricerche sperimentali, sia per scopi clinici. Elenca poi i vari metodi usati in passato ed ora per produrre tale stenosi. Espone il risultato delle sue indagini sul valore dei singoli metodi cimentati ai quali ne ha aggiunto uno suo personale. Anzichè formare nella parete vasale una piega rivolta verso l'esterno, fatta l'emostasi temporanea del vaso escide una piega longitudinale della parete vasale determinando così sulla parete stessa un'asola in definitiva ellittica e infine con aghi a seta vasellinata alla Carrel ripara la perdita di sostanza unendo l'un l'altro i due margini laterali di taglio. L'adesione avviene salda e sicura, nessun pericolo si ha di trombosi nè di processi degenerativi a carico delle pareti vasali: facile graduazione della stenosi. Ciò risulta dalle numerose esperienze che l'O. ha eseguito sulla carotide, sulla femorale e sull'aorta di cani.

Il socio prof. GIOVANNI GALLI chiede alcuni schiarimenti sul dilatarsi del vaso arterioso a valle della stenosi, tanto più che altre volte si riscontrano in patologia fatti opposti.

A lui risponde esaurientemente l'O.

Considerazioni sopra un caso di leucemia con eritroblastosi.

Dott. M. GHIRON. — L'O. illustra un caso di leucemia con eritroblastosi da lui studiato nella Clinica Medica di Roma.

Osservazioni sopra il processo articolare posteriore del temporale nell'uomo.

Prof. P. DORELLO. — L'O. fa una esposizione critica sullo stato della dibattuta questione del valore del processo articolare posteriore del temporale. Esso che in molti mammiferi è assai sviluppato e va sotto il nome di *Processus retrofovealis* o *Conus articularis,* nell'uomo è stato descritto sotto vari nomi, come tubercolo auricolare, processo postglenoideo, tubercolo zigomatico posteriore, e si presenta in un grado di regressione più o meno notevole; però nel bambino lattante è più sviluppato che nell'adulto. Nei mammiferi esso ha una grande importanza per il movimento di depressione della mandibola; nell'uomo invece no, e quindi si manifesta la sua riduzione *ex non usu.* In seguito ad una statistica ricavata dall'esame di circa 500 crani del Museo antropologico di Roma mostra che la sua regressione nell'uomo non è così pronunciata come aveva affermato il Loewenstein.

Contributo alla etiologia dell'encefalite epidemica.

Dott. P. ZANNELLI e G. SANTANGELO. — Espongono i risultati di osservazioni compiute dai quali è dato ricavare che:

1° La trasmissione dell'encefalite umana ai conigli ed alle cavie si ottiene anche per mezzo del liquor e di sangue (la parte attiva spetta al solo siero);

2° La trasmissione avviene per via sottodurale, peritoneale, attraverso la camera anteriore dell'occhio e la sottomucosa vasale, non attraverso la mucosa vasale integra, non per via gastrica o sottocutanea;

3° Risultati positivi si sono avuti con l'iniezione endoperitoneale del virus encefalitico;

4° Il virus encefalitico è trasmissibile in serie;

5° Animali della stessa specie mostrano varia recettività al virus: alcuni sono refrattari;

6° Il potere di trasmissione in serie varia da virus a virus: inoltre il passaggio in serie attraverso gli animali non sempre esalta la virulenza del virus che può invece essere attenuata in guisa che dopo il terzo passaggio non è possibile la ulteriore trasmissione;

7° Le ricerche batteriologiche e sierologiche (precipitazione e deviazione del complemento) sono state negative;

8° I risultati negativi ottenuti inoculando l'orina filtrata fanno presumere che attraverso questo liquido la encefalite non è trasmissibile.

Gli OO. concludono che l'agente etiologico dell'encefalite è un virus filtrabile non morfologicamente definito e che tale reperto lascia tuttavia insoluto il problema dei rapporti tra l'encefalite epidemica e l'influenza.

Su un nuovo fermento del secreto intestinale: la fosfoglicerasi.

CLEMENTI G. — I fatti che scaturiscono dai risultati delle esperienze riferite dall'O., sono i seguenti:

1. — Il succo enterico (secreto da ansa intesti-

nale temporanea o da ansa intestinale permanente alla Vella (cane) in seguito all'azione di svariati stimoli: pilocarpina, glicerina, peptone, urea), determina in presenza di toluolo e alla temperatura di 37°-40° C. la scissione idrolitica parziale in acido fosforico e glicerina di una parte dell'acido fosfoglicerico racemico, forma β, aggiunto allo stato di sale disodico (Poulenc, Wellcome).

2. — Tale facoltà di idrolizzare l'acido fosfoglicerico viene perduta, se il secreto intestinale si sottopone all'ebollizione o se la reazione si rende fortemente alcalina per aggiunta di idrato di sodio; essa permane se la reazione è leggermente basica o leggermente acida.

3. — L'attitudine del secreto enterico ad idrolizzare l'acido fosfo-glicerico è presente ed anche più energica nel secreto enterico, che sia stato sottoposto previamente a prolungata centrifugazione, quando cioè sia esclusa la presenza di cellule epiteliali eventualmente desquamate e permane, sebbene in grado meno intenso, nel secreto enterico filtrato alla candela del Chamberland, cioè quando sia esclusa oltre l'azione delle cellule epiteliali anche l'azione batterica.

In base ai fatti suesposti, l'O. conclude affermando che, nel secreto intestinale (cane), esiste un fermento il quale scinde l'acido fosfo-glicerico in acido fosforico e glicerina; tale fermento può agire in ambiente leggermente alcalino o leggermente acido ed è distrutto dalla temperatura di 100° C. Per questo nuovo fermento intestinale l'O. propone la denominazione di fosfo-glicerasi.

Sull'ematuria dell'idronefrosi.

Prof. G. BAGGIO. — L'O. avuto argomento da una malata operata tempo fa, e quasi a completare un suo recente studio su l'ematuria da rene mobile, ha cercato di rendersi nozione alquanto esatta anche dell'ematuria che si osserva talvolta nell'idronefrosi pure indipendentemente da cause che non siano del tutto concesse alla idronefrosi stessa ed esclusi i calcoli. Mentre le teorie finora divulgate sulla patogenesi di questo fenomeno sono quelle dell'ex-vacuo e della congestione da iperpressione intrarenale, all'O. sembra invece di doverne riconoscere il movente causale in meccanismi che ben finiscono sempre col dare congestione passiva del rene, ma esplicando l'azione loro al di fuori della sacca idronefrotica. Per modo che, in luogo di considerare questa congestione come funzione della nefrosi, dovremmo riportarla a cause dalle quali il più delle volte la nefrosi dipende.

E. GROSSI.

Associazione Medica Veronese.

(Sedute dei giorni 6 e 18 giugno 1921).

Bilharziosi vescicale.

F. SOPRANA. — L'O. riferisce e illustra due casi di Bilharziosi vescicale in due soldati reduci dalla Libia. Ricorda la biologia e il ciclo evolutivo delle tre specie di parassita, le caratteristiche lesioni proprie a ciascuna di esse. Mette in evidenza la importanza dal punto di vista pratico di questi casi importati, per il fatto che essi possono diventare centri d'infezione anche nel nostro paese, vivendo ed essendo diffusi in Italia quei molluschi di acqua dolce delle specie Bulimus e Planorbis, che, come è stato dimostrato da non molto, sono gli ospiti intermedii del parassita.

Un caso di ematemesi da arteriosclerosi.

DE BATTISTI. — L'O. riferisce sopra un caso di ematemesi da arteriosclerosi da lui osservato e diagnosticato; la peculiarità del caso, particolarmente interessante sullo studio delle alterazioni viscerali di origine arteriosclerotica, consiste sopratutto nel fatto che, mentre si estrinsecò non già come una sindrome gastrica sempre più o meno oscura e di difficile interpretazione, ma invece come una manifestazione gastrica monosintomatica (ematemesi) tale da circoscrivere notevolmente il campo diagnostico, si accompagnò altresì con un tale corteo sintomatico, esponente diretto di arteriosclerosi in genere e più precisamente addominale (palese modificazione della aorta addominale), da gettare viva luce sulla natura della speciale unica manifestazione gastrica concomitante.

MESSEDAGLIA. — Approva pienamente il concetto diagnostico esposto dal collega De Battisti. Ricorda un caso di sua osservazione, in cui una grave ematemesi in donna settantenne con fenomeni di aortite ateromatosa, ecc., si dimostrò sostenuta da lesioni arteriosclerotiche gastriche. Constata come gli autori passino sotto silenzio o quasi il raro fatto, clinicamente così importante, della ematemesi da arteriosclerosi gastrica.

La reazione di Wassermann sul sangue retroplacentare.

F. POMINI. — L'O. dopo di avere esposto i risultati ottenuti dal Krukemberg, espone la propria esperienza fatta nella Maternità di Verona, e fa risaltare la notevole differenza percentuale ottenuta (Krukemberg 55 %, l'O. 5 %). Nota inoltre come la positività della Wassermann sul sangue retroplacentare sia in relazione bensì con la intensità delle contrazioni uterine, come afferma l'A. tedesco, ma in modo particolare con la maggiore ricchezza in elementi lipoidici del villo choriale. Afferma poi di avere riscontrato che il sangue retroplacentare nelle donne luetiche dà quasi sempre una inibizione sensibilmente più forte di quello del braccio.

A. FAGIUOLI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

La dispepsia infantile da nervosismo.

Vi sono non pochi piccoli bambini, in cui la dispepsia riconosce come causa l'insonnia, l'irrequietezza, il continuo piangere. Spesso il nervosismo è ereditario, talora però è il risultato di un trattamento inesperto o timido. Nessun bambino potrà rimanere tranquillo fra le braccia di una donna, che è in uno stato di continua tensione: a sua volta, l'irrequietezza del bambino agirà sulla madre, producendosi così un circolo vizioso. In condizioni normali il lattante deve dormire tranquillo, in ambiente arieggiato, ma a temperatura costante e non bassa, per 18-20 ore al giorno: in tali condizioni il consumo di energia è minimo, e quindi la richiesta di alimento relativamente bassa: la perdita di peso che si nota dopo 3-4 ore di sonno, susseguente al pasto, è di 30 grammi; essa invece è tripla se il bambino ha passato tale tempo agitandosi e gridando.

Cresce quindi in proporzione la richiesta dell'alimento sicchè la madre osserva che il suo latte è insufficiente e che il bambino è continuamente affamato. Non si tratta però di un bambino in preda ad inanizione od iponutrito, che è sparuto, freddo, costipato, apatico, che non consuma la sua energia con inutili movimenti: il bambino nervoso, invece, si presenta con muscolatura contratta, i pugni serrati, un'espressione ansiosa: grida continuamente ed offre segni di dispepsia, con meteorismo, coliche, vomiti a tipo esplosivo, diarrea. Per l'eccessiva voracità e l'eccitamento, la poppata non si compie bene: all'inizio il bambino ingerisce grandi sorsate con molta aria: ne segue distensione dello stomaco con dolore e malessere, che talvolta costringono il bambino ad interrompere la poppata per emettere l'aria ed insieme, spesso, anche il latte ingerito. Il bambino poi si stanca presto, incapace di compiere la suzione lenta e prolungata che occorre per vuotare la mammella: meno difficoltà presenta l'allattamento artificiale. Spesso viene incriminata la qualità del latte materno, che invece è fuori causa; per timore di una dannosa sovralimentazione, si deve cercare di mantenere più a lungo che possibile l'allattamento materno.

Il bambino che soffre di dispepsia nervosa è sottile, agile, con movimenti assai vivaci: la sua insistenza nello strillare stanca tutta la casa. L'addome non è disteso, come nelle dispepsie primarie, ma retratto, con la prominenza evidente dei muscoli retti: gli arti rigidi, le mani chiuse a pugno: vi può essere anche un certo grado di opistotono, per l'aumentato tono dei muscoli del dorso.

L'espressione del viso è assai mutevole, ora sveglia, ora ansiosa, ora timorosa; il sonno è interrotto di continuo, ad ogni minimo rumore, il bambino è sveglio con faccia ansiosa.

Trattamento. — Evidentemente i metodi abituali di cura della dispepsia primaria (digiuno, purgante, ecc.), sarebbero qui assai dannosi. È importante affidare il bambino ad una buona *nurse*, che sappia come trattare questi bambini irrequieti, e non sia, come la madre frettolosa ed irritata dal continuo strillare. (H. C. Cameron, *Practitioner*, marzo 1921).

Si faranno due o tre volte al giorno bagni tenuti ad elevata temperatura (105° F. circa 40°.5), con aggiunta di acqua calda: invece di bagni, si potrà ricorrere ad impacchi caldi tenuti per mezz'ora, asciugando poi bene il bambino. Se la tranquillità si mantiene per 24 ore, si può sperare bene, poichè il sonno chiama il sonno.

Si ridurrà l'abbigliamento del bambino il più possibile (togliere p. e. le maniche) per evitare movimenti che lo irritino: si terrà il bambino sempre sul suo cuscino, anche per sollevarlo e dargli il pasto, tralasciando ogni giuoco, ogni stimolo, ogni sforzo di attirare la sua attenzione. Circa 20 minuti prima del pasto si potrà eventualmente dare del bromuro (6-12 cg.) o del cloralio (6 cg.): si concederà poi una certa larghezza nell'orario dei pasti, fino a che il sonno si sia ristabilito.

fil.

Malattie del poppante da eccesso di idrati di carbonio.

Mentre gli adulti tollerano la soppressione anche prolungata di albumine ed idrati di carbonio, i bambini possono sopportare abbastanza a lungo un regime povero di albumina, ma in tal caso l'eccesso di sostanze grasse provoca disturbi dispeptici. Riesce invece bene nelle dispepsie dei poppanti una dieta povera di grassi, e ricca di idrati di carbonio, purchè non sia continuata troppo a lungo; altrimenti si osserva quello che Czerny ha definito malattia da farinacei, consistente in debolezza muscolare, inappetenza, diarrea, depressione delle fontanelle, ipotermia, insomma il quadro dell'inanizione. Nel bambino più grandicello tale regime determina edemi, pallore, talvolta indurimento scleroso dei tegumenti con ipertonia muscolare (atrofia idroemica): questi bambini hanno feci fetide, muco-membranose,

presentano eritemi alle natiche ed altre dermatosi: la resistenza alle infezioni è diminuita.

La terapia consiste nel ristabilire un regime normale con albumine e grassi, dare una buona balia o, in mancanza, del latte sterile: la modificazione del regime deve essere progressiva, somministrando ancora nei primi giorni degli idrati di carbonio. Se vi è diarrea, si lascia il bambino ad acqua o tè leggero per due giorni, passando poi al latte tagliato (Bloch, *British med. Journ.*, 26 febbraio 1921). Come medicamenti possono essere utili tannino, tannato d'albumina, salicilato di bismuto.

Riassumendo, si utilizzerà nelle dispepsie acute dovute a fermentazioni intestinali dei bambini sovraalimentati, un regime di restrizione che riposerà l'intestino: quando le feci saranno ritornate normali si riprenderà il regime abituale.

fil.

L'emicrania nei fanciulli.

Il dolore emicranico è spesso meno marcato che nell'adulto: dalla fronte, vertice, regione parietale, il dolore si irradia verso l'orbita; talvolta si hanno anche visioni colorate e scintillii penosi. Di solito, fra i genitori o fra i familiari vi è qualche altro che ha sofferto di emicrania.

La diagnosi è agevole (J. Comby, *Arch. des maladies des enfants* e *Medical Review*, aprile 1921): gli accessi si ripetono ad intervalli, spesso regolari: la localizzazione emicranica, i fenomeni oculari, i disturbi digestivi (anoressia, nausea, vomito) che accompagnano la crisi, con intervalli di pieno benessere, sono caratteristici della sindrome. La cefalea isterica è generalmente frontale od a casco, il dolore è continuo o remittente: la cefalea associata a clorosi deve venir sospettata per l'aspetto anemico, quella da astenopia si aggrava con la lettura e la scrittura. La cefalea dispeptica, che si verifica ogni giorno, è associata con insonnia, sudori, *pavor nocturnus*, ed è a tipo diffuso. In caso di meningite, ascesso o tumore cerebrale, il dolore è localizzato in un punto fisso ed accompagnato da altri sintomi.

Prognosi. — Quando le crisi si iniziano nell'infanzia, gli attacchi si hanno solitamente a lunghi intervalli, che diventano poi più brevi, mentre le crisi si fanno più forti, e diminuiscono nell'età adulta per scomparire in quella senile. Quando incomincia alla pubertà dura pure diversi anni, ricomparendo alle ricorrenze mestruali fino alla menopausa; talvolta compare verso i 10-12 anni e scompare alla pubertà.

Cura. — Le misure igieniche possono rendere gli attacchi meno frequenti e forti: è da evitarsi lo sforzo intellettuale, e da consigliarsi la vita all'aria aperta. I bagni freddi a pioggia, se ben tollerati, possono giovare nei fanciulli nervosi. Durante la crisi, il fanciullo sarà messo in una stanza tranquilla, buia e fresca, restringendo la dieta a qualche limonata ed a tè leggero: può essere utile il caffè.

fil.

TERAPIA.

La cura dell'encefalite letargica.

Sull'inizio si è proceduto per tentativi affatto empirici (siero antipestoso, arsenobenzoli, ecc.), talvolta dovuti ad errori di diagnosi, come in un caso di De Coquet, con intensa rigidità, nel quale si è praticata l'iniezione di siero antitetanica, con successo, che si è ripetuto in altri casi.

Più razionali sembrano le iniezioni di siero di convalescenti, che hanno anche dato a diversi autori risultati incoraggianti; si tende però ora a ritenerle almeno inutili, non avendosi, come nella poliomielite, la formazione di anticorpi; nello stesso ordine sono da segnalarsi anche i tentativi di autoemoterapia e di autosieroterapia per via rachidea, che hanno dato qualche risultato in mano di alcuni autori.

L. Cheinisse (*Presse médicale*, 19 febbr. 1921) mette in rilievo l'utilità del metodo di Fochier, consistente nel provocare ascessi di fissazione per mezzo dell'essenza di trementina: si fa, appena stabilita la diagnosi, una prima iniezione di 1-2 cmc. (1/4-1/2 cmc. nei bambini) di trementina vecchia, nel connettivo sottocutaneo della parete addominale, nel punto intermedio, fra la spina iliaca anteriore superiore e l'ombelico: se questa non basta, la si ripete nel punto omologo del lato opposto, dopo tre giorni, eventualmente facendo poi una terza, dopo altri due giorni. Quando è bene manifesta la fluttuazione, si apre l'ascesso. Netter su 83 casi, trattati in tal modo, ha avuto formazione di ascesso in 67, fra cui 5 morti: in 16 altri casi non trattati ha avuto 13 morti; l'unico guarito era affetto da una forma affatto benigna.

Oltre agli ascessi di fissazione è consigliabile altresì l'uso della urotropina, a dosi decrescenti da 2 ad 1 grammo, ripetendole e sorvegliando l'ammalato per sospenderle, se intervenga disuria od ematuria. L'astenia va combattuta con l'adrenalina (3-4 gocce ogni tre ore) da somministrarsi per iniezioni sotto-

cutanee (1/4-1/2 cmc. della soluzione a 1 ‰, nei casi di deliquii di origine bulbare. Quando vi siano fenomeni di eccitazione cerebrale, si ricorrerà ai bagni caldi (temperatura iniziale 37°, portando a 38°-40°) per 20 minuti ogni 3-6 ore, oppure all'impacco umido caldo.

Nelle sequele sono consigliabili l'idroterapia fredda, la revulsione sulla colonna vertebrale e la disintossicazione mediante un regime adatto e l'uso dell'urotropina.

fil.

Trattamento dell'osteo-artrite tubercolare.

Nelle articolazioni ammalate, si ha stasi venosa, diminuzione della quantità di sangue, chè affluisce con l'arteria, stravaso di linfa, torpidità del metabolismo, cattive posizioni in conseguenza di contrazione muscolare riflessa, osteite rarefacente. Nel trattamento, la tubercolina, il riposo, l'elioterapia danno buoni risultati.

La prima aumenta la resistenza individuale; il riposo, specialmente in estensione continua e l'elioterapia migliorano la circolazione, favoriscono il riassorbimento dei prodotti stravasati e vincono la contrazione. L'innesto osseo, con il metodo di C. R. Lavalle (*Surg. Gynec. and Obst.*, marzo 1921), accelera il processo di riparazione provocando una osteite condensante nell'area d'innesto.

Questo viene collocato in modo da non toccare la cavità articolare: per provocare poi una rapida deviazione della corrente sanguigna, si mettono anche due innesti laterali nel tessuto connettivo sottocutaneo. Si applica poi un apparecchio ad estensione con pesi da tenersi per tre mesi, dopo di che il paziente può alzarsi, portando un apparecchio, che tenga l'articolazione immobile.

Durante il trattamento le radiografie dimostrano il miglioramento e la scomparsa dell'osteite rarefacente, mentre con la palpazione si rileva la scomparsa della dolorabilità. Si tolgono allora i due innesti laterali, e 10-12 giorni dopo, si inizia il massaggio per ridare la mobilità alla articolazione. L'intervento consigliato dall'A. è specialmente applicabile in casi di accentuata cachessia tubercolare.

Sullo stesso argomento riferisce Delbet, in *Journal des praticiens*, 5 febbr. 1921: secondo tale autore, le indicazioni terapeutiche variano secondo che si tratta di un giovane nel periodo della crescenza o di un adulto. Nel primo caso si deve rispettare l'allungamento dell'arto e poichè le artriti bacillari in tale periodo hanno la tendenza alla guarigione, ci si limiterà ad interventi economici, quali il semplice raschiamento dell'osso. Secondo qualche autore anzi sono inutili anche gli interventi economici poichè sono ugualmente seguiti da recidive. Nell'adulto invece si procederà alla resezione completa dell'articolazione.

fil.

Proteinoterapia della cachessia tubercolare nei bambini.

La terapia aspecifica, per mezzo dell'introduzione parenterale di albuminoidi viene sempre più attirando l'attenzione. A. Czerny e H. Eliasberg (*Mtschr. f. Kinderheilk.* e *Zeit. f. Tuberkulose*, 1921, pag. 244), con le iniezioni di latte, raccomandate da Schmidt, usano quelle di siero normale di cavallo: in luogo però di praticare settimanalmente iniezioni di 10 cmc., ciò che può provocare anafilassi, usano iniezioni giornaliere di 2 cmc. I bambini gravemente ammalati, cachettici, ne risentirono benefica influenza; lo stato generale migliorò di molto, la capacità di reagire alla tubercolina si fece assai più elevata che quella di bambini non trattati.

Non si osservarono reazioni a focolaio: l'influenza sulla curva termica non fu costante: in un bambino si osservò anche scomparsa dell'edema cachettico.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1398) *Preparazione dei vaccini secondo Wright.* — Al dott. G. C. da L., abbon. 12756:

Può trovare le indicazioni che desidera in: J. CITRON: *I metodi dell'immundiagnosi e della immunterapia.* Un. Tip.-Editr. Torino — Veda anche il lavoro di Levi della Vida: « Mezzi fisici e chimici da prescegliersi nella preparazione dei vaccini batterici », Annali d'Igiene, 1919, pag. 673.

fil.

(1399) *Manuali sull'ispezione delle carni.* — Al dott. F. M. G.:

Oltre ai consueti trattati di igiene, può consultare i seguenti: BRUSAFERRO: *L'igiene della carne.* Un. tip.-edit., Torino. — *Guida dell'ispettore delle carni*, pubblicata dall'Ufficio sanitario svizzero. Colombi, Bellinzona, 1913. R. EDELMANN: *Text-book of meat hygiene.* A. Churchill, ed., Londra.

fil.

(1400) Al dott. A. G. abbon. 8064:

Per avere notizie sui corsi di malattie tropicali richieda informazioni al prof. Ivo Bandi a Napoli, Istituto Sierovaccinoterapico Italiano, via S. Giacomo dei Capri.

g. s.

(1401) *Sull'educazione familiare dei bambini sordomuti.* — All'abb. n. 422:

Non credo sia molto consigliabile l'ambiente familiare per tal genere di cura: ad ogni modo vegga la vasta produzione. inspirata a concetti moderni di pedagogia medica, di Giulio Ferreri di Milano. Nelle sue linee fondamentali è stata illustrata. nell'opuscolo di Alessandro Gaddi, *La pedagogia del sordomuto* di G. FERRERI, Bagnorea, 1919; vegga inoltre il volumetto di P. FORNARI, *Il sordomuto e la sua istruzione* (Manuali Hoepli) e infine G. DE PARREL, *Précis d'anacousie vocale et de labiologie,* Paris. Maloine, 1917.

G. BILANCIONI.

(1402) Al dott. A. E. T. da C. (Cosenza). Abbonato 10349:

Non si risponde a questioni su casi clinici speciali.

VARIA

Il prealluce dell'uomo.

(J. J. MOUAHAN. *The Amer. Journ. of the Med. Sc.*, novembre 1920).

Il prealluce è il più grosso delle ossa soprannumerarie che appaiono sul piede umano, e probabilmente il più fastidioso. Esso è assai meno raro di quanto si creda. In molti casi di piede piatto, di gotta o di reumatismo al piede, di abbassamento della volta plantare, ecc., la radioscopia ha dimostrata la presenza di questo osso errabondo come causa dei disturbi. L'A. lo ha trovato nel 10 % dei suoi malati di piedi.

Esso s'impianta sul bordo mediale dello scafoide, e si dirige in basso ed indietro. Il peso del corpo tende colà a gravitare, sul prealluce si esercita pressione e quindi si ha dolore: i tessuti circostanti s'infiammano, il paziente zoppica, non guarisce mai con i comuni mezzi antireumatici, e le sofferenze originate da questo ossicino si trascinano senza speranza, non ostante le diete, le Wassermann, i trattamenti specifici di ogni sorta e i trattamenti ortopedici.

Qual'è il suo significato? È un osso nuovo che compare nella razza, o un osso vecchio che ricompare di tanto in tanto per il misterioso fenomeno della regressione atavica? È la seconda ipotesi la più probabile. Noi lo ritroviamo infatti nei vertebrati inferiori, oltre che nei mammiferi, ora bene sviluppato, ora appena accennato, e spesso, quando si crederebbe, per lo scopo cui può servire, dovesse essere più sviluppato, lo è meno, e viceversa lo si trova quando nessun bisogno di funzione lo richiede.

La pinna dei pesci può ritenersi la progenitrice del piede di tutti i vertebrati, il quale sarebbe il risultato dell'adattamento dell'apparato pinnale alla funzione di sostegno del peso del corpo e di locomozione terrestre.

La pinna sarebbe la sorgente atavica di tutti i centri di ossificazione del piede, e i raggi atrofizzati della pinna sono l'origine non solo del prealluce, ma anche di tutte le altre ossa soprannumerarie del piede.

Nell'eryops, che è la specie più vicina a quella che potrebbe rappresentare l'anello di congiunzione tra pesci e anfibi, si nota il prealluce e il quinto osso tarsale esterno.

Negli anfibi troviamo il prealluce fra le rane, e talora distinto in due segmenti separati.

Fra i rettili il piede della lucertola Broomia perplexa mostra chiaramente un prealluce.

Tra i mammiferi il prealluce comparisce prima fra i monotremi nell'Echidua, poi nell'Opossum fra i marsupiali, nel riccio del Madagascar fra gl'insettivori, nel Kinkajou tra i carnivori, e tra i primati nel Cebus hypoleucus. Nel gorilla si nota un tubercolo dello scafoide assai sviluppato, e che procede da un centro di ossificazione diverso da quello proprio dello scafoide: è l'omologo del prealluce.

Gli antichi centri di ossificazione possono restare atrofici per lungo tempo, ma non sono mai perduti, e indefinitamente nella serie filogenetica possono essere il germe di sviluppo di nuove ossa.

Il prealluce non è una formazione congenita nel piede umano, ma apparisce di solito tra i 20 e i 40 anni, in concomitanza con qualche malattia costituzionale, specialmente tubercolosi o sifilide, la quale esercita sull'organismo una influenza d'involuzione, o di regresso, di reversione atavica.

N. GENTILE.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La quistione delle levatrici.

La Commissione nominata dal Ministro della P. I. per lo studio della quistione delle levatrici in rapporto alla loro preparazione culturale ed alla delimitazione delle loro mansioni ha presentato una lunga e ben ragionata relazione. La Commissione era costituita dai proff. Mangiagalli, Pestalozza e Miranda, che ha redatto la relazione.

Premessi i dati di fatto che rendono indispensabile la riforma dell'istituto di assistenza della maternità, la relazione considera la opportunità di apportare modificazioni nell'insegnamento della ostetricia e della ginecologia, in quanto che questa branca, oltre a rivestire i caratteri della chirurgia di urgenza, si ricollega a questioni sociali della più alta importanza.

Tra i fattori che concorrono a mantenere alta la mortalità materna e infantile ha un posto notevole la insufficiente preparazione dei medici e delle levatrici.

Per quel che riguarda i medici si ritiene necesssario non solo rendere biennale lo insegnamento della ostetricia e della ginecologia, ma anche istituire corsi di perfezionamento per i giovani laureati, facendo eventualmente obbligatoria la frequenza di tali corsi supplementari a coloro che aspirano alla nomina di medico condotto.

Per quel che riguarda le levatrici, oltre a ben delimitare il campo di azione, occorre che esse per essere ammesse alle scuole di abilitazione posseggano un titolo di studio superiore a quello richiesto attualmente e certo non inferiore alla licenza complementare o tecnica, o al certificato di ammissione alla quarta ginnasiale.

La levatrice deve essere di sana e robusta costituzione fisica per poter compiere le gravose mansioni a lei confidate e non piegare sotto la fatica; si comprende perciò come l'età più favorevole per l'esercizio di questa professione vada dai 20 ai 50 anni donde deriva la necessità di stabilire dei limiti di età per l'ammissione alle Scuole, limiti che la Commissione ritiene debbano essere compresi fra il 18° anno compiuto ed il 30° non superato, e che non debbano subire eccezioni per qualsiasi motivo, altrimenti si avranno inconvenienti ed abusi purtroppo deplorevoli.

È indispensabile dare come istruzioni fondamentali alle allieve, esatte e precise cognizioni elementari dell'Anatomia e della Fisiologia dei varii apparecchi e sistemi organici ed in modo speciale dell'apparecchio della riproduzione, nè devono alla levatrice far difetto le più importanti e fondamentali nozioni di Patologia generale e di Igiene, con speciale riguardo alla etiologia e profilassi delle infezioni e della guarigione delle ferite, senza delle quali nè potrà comprendere, nè potrà attuare e tanto meno preparare quanto occorre per una ragionevole profilassi, nè saprà rendersi conto di certi processi gravidici, nè di quanto sia necessario per prevenirli e curarli, e tanto più sono necessarie queste nozioni per quanto che la levatrice per l'avvenire non dovrà limitare la sua opera alla cura ed all'assistenza delle partorienti e delle puerpere, ma estenderla alla assistenza delle operazioni ginecologiche ed ai principali soccorsi di urgenza.

Premesso questo studio fondamentale, solo allora si potrà passare allo insegnamento sistematico della fisiologia della gravidanza, del parto, del puerperio e dell'allattamento in donna sana, ciò che costituisce il campo vero della quotidiana azione della levatrice, aggiungendo poi le principali nozioni di patologia ostetrica, per quel tanto che le levatrici debbono conoscere per potere in tempo utile avere il soccorso del medico, richiamando la loro attenzione sulla infezione in puerperio, sulla patologia del neonato e dell'allattamento, sulla profilassi della infezione blenorragica e della sifilide da baliatico.

A completare infine la istruzione della levatrice bisogna che l'allieva impari a preparare tutto quello che occorre alla esecuzione di un atto operativo (disinfezione dell'ambiente, dell'apparecchio strumentale e del materiale occorrente, garza, ovatta, seta, pannolini, soluzioni asettiche ed antisettiche, ecc.), il modo come si prepara la operanda e le cure consecutive che si debbono apprestare alle puerpere ed alle operate; i soccorsi d'urgenza; le fasciature; il massaggio, nè deve ignorare la tecnica ed i pericoli della narcosi.

Per la delimitazione delle mansioni della levatrice la Commissione ritiene:

1. — Che non può consentirsi per qualsiasi ragione alla levatrice di interrompere la gravidanza, sia provocando l'aborto che il parto prematuro, non solo perchè questi due atti operativi richieggono una precisa indicazione medica od ostetrica, ciò che presume la esatta valutazione di molteplici stati morbosi e sia per evidenti ragioni morali, ma per gli abusi, anche criminosi, a cui potrebbe dar luogo.

2. — Egualmente deve essere assolutamente escluso, per ovvie ragioni, che le levatrici possano praticare la estrazione digitale di un uovo abortivo.

3. — Non può permettersi alla levatrice di eseguire la riduzione dell'utero retroverso o prolassato.

4. — E neanche si può permettere alla levatrice di applicare pessari ad utero vuoto.

5. — Non può consentirsi alla levatrice la pratica della scarificazione nei casi di edema della vulva.

6. — Non può riconoscersi il diritto di eseguire la episiotomia.

7. — Non si può concedere alla levatrice il permesso di procedere alla riduzione di arti procidenti.

8. — Ed egualmente si esclude che possa eseguire la riduzione manuale o strumentale del funicolo prolassato pulsante.

9. — Non si può permettere la correzione di presentazioni inclinate.

10. — Circa il rivolgimento per manovre interne o miste la Commissione è di opinione che debba sempre ed in modo assoluto essere proibito alle levatrici di eseguire tale manovra operativa sia nelle presentazioni cefaliche che in quelle del tronco, tanto in donna sana che in donna ammalata, e ciò per ragioni ovvie.

11. — E nemmanco può consentirsi il rivolgimento interno in donna morta o moribonda.

12. — Nè si può permettere alle levatrici il secondamento artificiale, quando debba introdursi la mano nella cavità uterina per estrarre sia gli annessi *in toto*, sia una parte di essi rimasta nell'interno dell'utero.

13. — Ed egualmente la Commissione ritiene che non possa consentirsi alle levatrici lo zaffo dell'utero.

14. — E tanto meno che per qualsiasi ragione possa eseguire la riduzione dell'utero inverso.

15. — In modo esplicito ed assoluto deve essere proibito alle levatrici di recidere il frenulo linguale, operazione inutile e molto pericolosa.

16. — Non può essere consentita alle levatrici la pratica delle irrigazioni endouterine anche se prescritte dal medico.

Le pratiche che possono essere consentite alle levatrici senza pericolo sono le seguenti:

1. — Cateterismo vescicale con catetere elastico.

2. — Clisteri alle donne ed ai bambini, sia che abbiano lo scopo di vuotare l'intestino, sia quello di introdurre nel retto sostanze medicamentose prescritte dal medico oppure una certa quantità di soluzione fisiologica o di acqua bollita allo scopo di combattere gli stati di anemie acute consecutive a perdite emorragiche durante il parto.

3. — Puntura delle membrane quando sia richiesta da condizioni generali o locali, purchè la dilatazione dell'orifizio sia completa, la presentazione sia quella del vertice ed il bacino normale.

4. — La puntura delle membrane può essere consentita anche a dilatazione incompleta nel solo caso di placenta previa marginale con emorragia in atto, alla condizione però che trattisi di una presentazione longitudinale e che il segmento delle membrane sia facilmente accessibile.

5. — Nelle presentazioni podaliche la levatrice deve astenersi da qualsiasi intervento sino a quando non sia stato espulso il tronco fetale; ma poichè tardando la espulsione spontanea del tronco e della testa, ogni ulteriore indugio andrebbe tutto a danno della madre e specialmente del feto, la vita del quale sarebbe in breve tempo compromessa, si permette alle levatrici di compiere appunto gli ultimi due tempi della estrazione podalica (abbassamento delle braccia ed estrazione della testa).

6. — Nelle presentazioni del tronco si può permettere alle levatrici di eseguire la versione per manovre esterne durante la gravidanza o nel travaglio del parto a membrane integre.

7. — In caso di emorragie durante la gravidanza è permesso alla levatrice di eseguire lo zaffo della vagina purchè e solo quando le membrane sieno integre, essendo questo un mezzo efficace che, arrestando temporaneamente la perdita, evita ed attenua le gravi conseguenze dell'emorragia, dando al medico il modo di arrivare in tempo utile presso la partoriente.

8. — È affidato alla levatrice il compito di praticare la legatura e la recisione del funicolo ombelicale.

9. — È permessa alla levatrice la instillazione profilattica di una soluzione di nitrato di argento nel sacco congiuntivale del neonato, attenendosi rigorosamente alle disposizioni dell'art. 7 delle istruzioni per lo esercizio delle levatrici, e ciò per la considerazione che troppo gravi pericoli importerebbe pel neonato un indugio, sia pur breve, nell'applicazione di questa misura profilattica, quando vi sia fondato sospetto rilevabile dalla levatrice di una infezione blenorragica materna.

10. — Nel periodo del secondamento è permesso di praticare la spremitura ad utero retratto ed a placenta distaccata discesa al disotto del cercine di contrazione.

11. — È permesso alla levatrice di praticare irrigazioni vaginali, purchè prescritte dal medico.

12. — Nei casi di atonia dell'utero post-partum, è permesso alla levatrice di praticare iniezioni ipodermiche di ergotina dopo lo eventuale svuotamento dell'utero dei coaguli sanguigni con la spremitura.

13. — Oltre al caso considerato nel numero precedente si riconosce alle levatrici il diritto di praticare iniezioni ipodermiche di qualsiasi altra sostanza medicamentosa, purchè prescritte dal medico.

Premesso che alle levatrici deve essere assolutamente inibito di rilasciare ricette per qualsiasi medicamento per uso interno o esterno la Commissione riconosce la opportunità che la busta, che ogni levatrice porta seco, contenga fialette di ergotina, ma non più di tre.

In attesa che le levatrici meglio reclutate e meglio preparate acquistino una più perfetta coscienza dei propri doveri e sappiano imporre a loro stesse quelle limitazioni che adesso purtroppo cercano di trascendere, comprendendo quanto sia colpevole chi vuol parere di essere più di quello che realmente sia, è necessario che vi sia controllo energico ed effettivo e non consacrato solo in pochi articoli di un regolamento, che pochi conoscono e che nessuno rispetta. Ed a rendere più efficace il controllo conviene richiamare la levatrice alla osservanza assoluta dell'obbligo, già consacrato nel Regolamento per l'esercizio ostetrico, di possedere un registro dei parti con la indicazione precisa dei dati riferentisi al parto, al suo esito per la madre e per il bambino e conferendo all'ufficiale sanitario o all'ispettore ostetrico una ispezione metodica di detti registri, con l'obbligo di riferire al medico provinciale.

Già il legislatore con le disposizioni contenute negli articoli 6 e 7 dell'attuale Regolamento chiaramente impone, che l'autorità comunale per il tramite dell'ufficiale sanitario esplichi una sorveglianza speciale su quelle donne che si dedicano all'esercizio ed alla pratica delle levatrici. Però se nei Comuni più importanti tale sorveglianza si esplica in modo più efficace sia per il tramite di organi proprii, ufficiali sanitari ed ostetrici condotti, sia per il tramite di enti da loro delegati, si deve riconoscere che nei piccoli Comuni le cose procedono ben altrimenti, perchè qui le povere esercenti, non garentite da alcuna disposizione di legge che le assicuri contro le inframmettenze e le vendette, con stipendi di fame, che rappresentano una vergogna, sono abbandonate a loro stesse, quando non diventano le vittime di persecuzioni innominabili.

È necessario che questo stato miserevole di cose cessi, e che entri una buona volta nella coscienza di chi deve tutelare la incolumità della sanità pubblica, che la levatrice compie una missione sociale di grandissima importanza, per cui urge che il Ministero degli Interni faccia un Regolamento speciale per le condotte delle levatrici, od applichi ad esse quanto per i medici condotti è sancito dalle leggi in vigore, dichiarando in modo esplicito che la sorveglianza delle levatrici è affidata agli ufficiali sanitarii ed agli ostetrici condotti, ove esistono, e disciplinando anche le modalità della revoca dall'ufficio, quando risulti che una levatrice non compie i doveri e le mansioni ad esso inerenti.

Tutte però le disposizioni regolamentari che si possono escogitare non possono dirsi nè perfette nè cristallizzate in formule fisse e determinate, e tanto meno resistono alle ingiurie del tempo, specie quando si tratta di disciplinare una scienza biologica in continuo moto ascensionale. Ed è perciò che la Commissione ritiene concorde che assai maggiore sarebbe la efficacia delle norme regolamentari che la Commissione suggerisce, qualora di tempo in tempo, per es. ogni cinque anni, tutte le levatrici fossero richiamate per turni a brevi corsi pratici riassuntivi, per metterle al corrente dei progressi che la Scienza ha fatto specie in tema di assistenza al parto e di profilassi delle forme infettive. Questi corsi riassuntivi, ad indirizzo essenzialmente pratico, che, dove furono attuati, hanno incontrato il favore di tutti i medici chirurgi, rappresentano una vera necessità per le levatrici, alle quali però per ovvie ragioni, converrebbe fossero imposti come condizione indispensabile per conservare l'abilitazione all'esercizio.

INTERESSI PROFESSIONALI.

Servizio dei medici militari.
R. Commissario su transatlantici.

Fu altre volte rilevato come la missione di Regio Commissario sulle navi che trasportano emigranti sia una vera azione di protezione e di controllo che male si adatta con la responsabilità di uno speciale servizio. Eppure il regolamento in materia dava ai Medici R. Commissari il compito di disimpegnare i servizi sanitari di bordo e così si spiega come essi oberati dalle cure degli ammalati della III classe e dai lavori di registrazione non potessero prevenire o reprimere sul nascere, agitazioni ed inconvenienti che turbano facilmente la vita di bordo.

L'art. 7 del R. decreto-legge 13 novembre 1919, n. 2205, ha consacrato il carattere di mera *vigilanza* del R. Commissario e ben ne ha approfittato la Direzione generale della Marina Mercantile (*Bollettino* 1921, pag. 89) nel disporre presso i Comandi dei porti che i medici di bordo abbiano la direzione dei Servizi Sanitari, qualunque sia la qualità del R. Commissario. Ciò corrisponde alla dignità della intera famiglia dei Medici, sia civili che militari, e conferma che la missione di R. Commissario non è che quella paterna di protezione ed educazione, propria di chi rappresenta la Nazione ed adatta a sollevare i Comandi dei transatlantici dalle cure per la disciplina degli emigranti.

ARTURO PASSERINI, t. col. di porto.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8988) *Sana costituzione fisica.* — Dott. A. A. da P. — Se il difetto fisico da cui è affetto non Le impedisce di compiere inappuntabilmente il servizio della condotta, può ben prendere parte al concorso. Si badi che molti Comuni richiedono il certificato di sana costituzione fisica, ma non quello di essere esente da difetti.

(8989) *Pensione.* — Dott. C. R. da M. C. — Il periodo utile per la pensione comincia per Lei a decorrere dal 1° giugno 1898, cioè sei mesi prima del normale funzionamento dell'Istituto. Finora ha compiuti tre sessennii interi di servizio, ed è prossimo a compiere il quarto.

(8990) *Odontoiatria e protesi dentaria.* — Dott. A. P. da B. — Non occorre alcun speciale diploma per esercitare la odontoiatria. È sufficiente il certificato di laurea. Nel laboratorio può esservi il meccanico, anche durante le assenze del titolare, purchè si limiti all'esercizio della sua professione e non invada la funzione del dentista.

(8991) *Pensioni - Nomina a medico condotto.* — Dott. E. R. da G. — Nel 1898 le nomine dei medici condotti si facevano per chiamata e non per concorso, che fu prescritto con la legge del 1904. Ella, quindi, si trova in perfetta regola allorchè si presenterà a liquidare la pensione.

(8999) *Della Levatrice condotta.* — Dott. L. D. S. da C. — La levatrice condotta si intende nominata per la sola assistenza dei poveri. Dagli abbienti può esigere compenso. Non vi è nessuna pratica da espletare perchè la legge è molto esplicita su tale argomento.

(9000) *Cassa di previdenza.* — Dott. S. P. A. da L. — Nella attuale sua posizione giuridica non può riscattare nessuno degli anni di servizio precedentemente prestati, non potendosi neanche a Lei applicare quanto la legge prescrive pei medici anziani. L'epoca utile per la pensione comincerà a decorrere dalla data della sua effettiva iscrizione alla Cassa. Non monta che il Comune abbia per conto suo pagato il consueto annuale contributo.

(9002) *Concorso per la nomina a medico condotto.* — Dott. A. M. da R. — Il programma di legislazione sanitaria occorrente per un concorso alla nomina di medico condotto si trova completamente riportato nel Manuale del Doctor Justitia a pag. 64 e segg. Se crede ne faccia richiesta all'Amministrazione di questo periodico.

(9003) *Cassa di previdenza.* — Dott. A. M. da R. — Non può riscattare i 15 anni di servizio, cui allude, sia perchè ha solamente ora aderito alla Cassa, sia perchè non si trovava in servizio alla data dell'attuazione della legge sulla Cassa di previdenza.

(9004) *Caro-viveri - Pensioni.* — Dott. G. P. da S. S. — Effettivamente non è stata ancora pubblicata la legge per la concessione della seconda indennità caro-viveri ai dipendenti degli enti locali. Nutriamo fiducia che si faccia al più presto. Il periodo utile per la pensione scade per Lei il 30 giugno 1924. Liquiderà, alle esposte condizioni, la pensione di lire 819.

(9005) *Riduzione di condotta - Pensioni.* — Dottor V. M. da S. — Per trovare la soluzione dei due quesiti proposti riscontri: *Vigo* «La Legislazione sanitaria in rapporto allo esercizio professionale», a pag. 40 e 157, n. 7-22.

(9007) *Pensione.* — Dott. S. S. da B. — Se la malattia che determinò la morte del dottore, padre della attuale minorenne, fu causata unicamente dallo esercizio della sua professione, la bambina da lui lasciata potrebbe aspirare alla pensione a carico dello Stato in base agli articoli 112 e 113 della legge 21 febbraio 1895, n. 454. La pensione sarebbe di annue lire 600. Occorrerà farne domanda alla Corte dei Conti, come è indicato certamente nella relativa legge.

(9009) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. P. da C. — Nel volume: *La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale,* a pag. 106, è ampiamente svolto l'argomento del quesito proposto.

(9011) *Verbale della Commissione giudicatrice.* — Dott. A. Z. da A. — Non ha diritto ad avere il verbale della Commissione giudicatrice perchè, a' termini dello articolo 35 del Regolamento generale sanitario del 1906, detta Commissione non è obbligata a formulare un verbale ma semplicemente una graduatoria dei concorrenti. Tale graduatoria si può rendere di pubblica ragione pubblicandola all'Albo della Prefettura ed anche, volendosi, comunicandola ad ogni interessato.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

AJELLI (*Aquila*). — Scad. 5 settembre. Medico-chirurgo condotto per i poveri di questo Comune. Stip. L. 6000 aumentabile di un decimo per quattro sessenni, oltre L. 2000 indennità cavalcatura; L. 500 quale uff. san., e le indennità di c.-v. come per legge.

ALESSANDRIA. — Scad. 20 settembre. Medico condotto del sobborgo di Castelferro con annesse frazioni di Portanova e Retorto. Stip. L. 5000, suscettibile di sei aumenti biennali in ragione del 4 per cento fino a raggiungere il massimo di L. 6200, ivi compresa la prima indennità c.-v., oltre L. 100 mensili a titolo della seconda indennità c.-v., lire 300 per la supplenza durante il mese di congedo annuale ed una delle seguenti indennità: lire 1500 per la cavalcatura, L. 800 per la motocicletta, L. 400 per la bicicletta, se sarà riconosciuto necessario l'uso di uno qualsiasi dei cennati mezzi di trasporto.

ARGENTA (*Ferrara*). — Scad. 25 settembre. Quattro condotte: Consandolo, Ospitale e Thaghetto, Filo, Bando. Stipendio per ogni condotta L. 7000; 2000 indenn. cavallo (ovvero 500 indenn. bicicletta); 3 lire ogni povero oltre i mille; doppio caro-viv. Documenti di rito, con i voti degli esami universitarî e certificato idoneità fisica; età massima 34 anni, salvo i casi previsti dall'art. 27 e regolam. 19 luglio 1906. Per maggiori schiarimenti (estensione condotte, abitanti, ecc.), richiedere bando di concorso.

BERGANTINO (*Rovigo*). — Scad. 30 settembre. Medico condotto. Stip. L. 6000, oltre le due indennità caro-viv. e una eventuale terza indennità di annue L. 500 nel caso che il medico non trovasse conveniente alloggio, più L. 1000 per l'uso della bicicletta, oppure L. 2500 per la cavalcatura, e L. 400 se incaricato delle funzioni di uff. sanitar.

CARRARA. — Scadenza 30 settembre. *Titolare della Sezione Oftalmica dell'Ospedale*, con l'obbligo della prestazione gratuita oftalmojatrica a domicilio per i poveri. Stipendio base 7000, più 500 subordinate all'approvazione della Commissione provinciale di beneficenza; caro-viv. 3000. Nette da ricchezza mobile. Domanda diretta al Presidente della Congregazione di carità; documenti di rito compreso stato famiglia e sana costituzione. La Congregazione può annullare o prorogare il concorso se i concorrenti non raggiungono il numero di quattro o se il prescelto della terna non accetta. Nomina per un biennio, eventuale, tacita riconferma, dopo di che resterà definitiva. Aumenti triennali di un quinto; compiuti i 60 anni, deve lasciare il posto. Età massima per il concorso anni 40.

COLLALTO SABINO (*Perugia*). — Scad. 10 settembre. Medico-chirurgo del Consorzio sanitario Collalto-Collegiove-Nespolo. Stip. L. 6000 per i primi mille poveri e L. 2 per ogni povero in più, oltre la temporanea indennità c.-v., L. 1000 per disagiata residenza, L. 1000 per residenza povera fintanto che il numero degli abbienti sia inferiore a 300, L. 500 quale uff. san., L. 1500 per la cav. e tre aumenti quinquennali del decimo. Documenti di rito. Chiedere avviso di concorso al Comune di Collalto Sabino.

CORI (*Roma*). — Cercasi interino per la cura dei poveri, per una condotta del Capoluogo. Stipendio in ragione di L. 7000 annue, oltre doppia indennità caro viveri. Abbienti e semiabbienti tenuti al pagamento delle visite. Assunzione in servizio per il 13 settembre fino all'espletamento delle pratiche per il concorso. Domande e documenti al Sindaco.

CORI (*Roma*). — Scad. 15 settembre. Due medici condotti, uno pel capoluogo e l'altro per la frazione Giulianello. Stip. L. 7000, oltre la doppia indenn. caro-viv. Popolazione tutta accentrata. Condotte residenziali.

FOLIGNO. — Scadenza 20 settembre. Ufficiale sanitario del Comune (260 kmq., 33,000 abitanti di cui 14,000 agglomerati). Direzione ufficio comunale di igiene e laboratorii, qualora venissero istituiti. Stipendio 10,000 (doppio caro-viveri e supplementare), aumentabili di un decimo per tre quinquenni. Concorso per titoli ed esami, da farsi in Perugia. Nomina per il biennio di prova. Documenti di rito, di data non anteriore a tre mesi; certificato di adempimento obbligo di leva. Età massima 45 anni.

LAVIANO (*Salerno*). — Scad. 9 settembre. Medico-chirurgo condotto per i soli poveri. Indennità di residenza L. 3000, per le prime cento famiglie povere L. 1000, per ogni dieci famiglie povere oltre le cento L. 200, L. 500 se incaricato delle funzioni di uff. san., L. 200 per l'assistenza degli ammalati degenti nelle carceri mandamentali e 4 aumenti quinquennali del decimo.

LEONESSA (*Aquila*). — Scad. 30 settembre. Medico consorziale Terzone-Chiavano. Condotta residenziale. Stip. L. 6000 aumentabile di tre decimi quinquennali, oltre L. 2000 per cavalcatura, L. 2000 per indenn. residenza e doppia indenn. caro-viv. nella misura e per la durata di legge. Documenti di rito. Chiedere avviso di concorso.

PORCIA (*Udine*). — Scadenza 20 settembre. Condotta in pianura, ottima viabilità; popolazione circa 6500. Stipendio 6000 per 1500 poveri e lire una per ogni povero in più. Indennità trasporto L. 2000; uff. san. 800; caro-viv. a norma di legge; tre aumenti quinquennali del decimo.

RIMINI (*Forlì*). — Scad. 20 settembre. Chirurgo primario del Comune e del Civico Ospedale. Stip. L. 12,000 con dieci aumenti biennali del ventesimo.

ROMAGNESE (*Pavia*). — Scad. 20 settembre. Medico-chirurgo condotto. Stip., fino a 1000 poveri, lire 7500; L. 300 quale uff. san., L. 2000 pel mezzo di trasporto; alloggio e rustici gratuiti, 4 aumenti quadriennali del decimo.

ROSSANO (*Cosenza*). — Scad. 15 settembre. Medico condotto per i poveri. Stip. L. 5000 fino a mille poveri e L. 5 per ogni povero in più e sino a duemila, oltre la doppia indennità caro-viv. e cinque aumenti quadriennali del decimo.

S. CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 31 ottobre. Medico-chirurgo della terza condotta del Comune con residenza nella frazione di Palazzone. Stip. L. 5000 con otto aumenti triennali del vente-

simo, oltre L. 3000 per il mezzo di trasporto e la indennità caro-viv. nella misura stabilita per gli impiegati governativi.

Sopraponte e Vallio (*Brescia*). — Consorzio. Scadenza 30 settembre. Abitanti 2177, poveri 1400. Stipendio 5000; indenn. trasporto 700; indenn. condotta montuosa 800; uff. san. 300; doppio caro-viv. Vicinanza tram, ferrovia.

Umbertide (*Perugia*). — Scad. 15 settembre. Medico-chirurgo con condotta residenziale, nella frazione di Montecastelli. Stip. L. 6000 lorde con tre aumenti quinquennali del decimo, oltre la doppia indennità caro-viv.

Valsinni (*Potenza*). — Scad. 31 ottobre. Condotta per i poveri. Stipendio L. 3000 aumentabili per sei quadrienni. Diritti e doveri come da capitolato-tipo provinciale.

Sanremo. *Kurhaus.* — Cercansi primo e secondo assistente. Esigesi perfetta conoscenza delle lingue inglese, francese, tedesca ed una fondata coltura in patologia medica. Alloggio e vitto gratuiti nel Kurhaus; stipendio L. 8000 per il primo assistente, 6000 per il secondo. Il Kurhaus è aperto dall'ottobre al maggio. Rivolgersi con serie referenze al Direttore medico del Kurhaus, prof. Giovanni Galli.

Accetterebbesi interinato. Scrivere: dott. D'Ambrosi - Castro dei Volsci (Roma).

Medico-chirurgo, lunga pratica professionale, cerca buon interinato vicino Roma oppure posto in Casa di Salute in Roma o occupazione simile. Scrivere: Giuseppe Cecchi, Via Leonina, 43 — Roma.

Diffide.

Foligno, perchè non accetta il capitolato modello.

Gandellino (Bergamo), per insufficiente indennità mezzi di trasporto.

S. Maria del Taro (Parma), perchè non conforme al capitolato tipo.

Massino, Nebbiuno, Fosseno (Novara), non conforme al capitolato tipo.

Ufficio di collocamento.

È istituito dalla Federazione un Ufficio di collocamento per le condotte della Provincia di Roma. Dirigere la corrispondenza al dott. B. Alberti, Segretario della Federazione, presso il giornale «Il Policlinico», via Sistina, 14 - Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Apprendiamo con vero piacere che il prof. Enrico Morselli, Direttore della Clinica Neuro-psichiatrica di Genova, già Commendatore dei Santi Maurizio e Lazzaro, è stato nominato, di *motu proprio* di S. M., Grande Ufficiale dell'Ordine della Corona d'Italia, per benemerenze verso la coltura nazionale e le scienze mediche. La meritata onorificenza ha coinciso col giubileo quarantennale di insegnamento universitario. Vive congratulazioni da parte del *Policlinico*.

MEDICINA SOCIALE.

Per lo sviluppo della lotta antitubercolare.

Raccomandiamo all'attenzione dei colleghi che fanno parte di associazioni od opere antitubercolari la seguente circolare:

Le constatazioni fatte da noi sottoscritti, alla riunione internazionale tenutasi a Londra, sullo sviluppo che la difesa sociale contro la tubercolosi ha ormai assunto presso tutti gli Stati civili, ci impongono il dovere di far sorgere un'*Associazione Nazionale Italiana contro la Tubercolosi.*

Constatiamo volentieri che tra noi la lotta antitubercolare è venuta bene evolvendosi in questi ultimi anni nelle varie parti d'Italia con la libertà delle iniziative locali e degli sforzi individuali e con l'aiuto di provvide leggi e di erogazioni pecuniarie del Governo.

L'Associazione Nazionale ci sembra tuttavia indispensabile per due scopi nettamente definiti:

1° di preparare riunioni annuali fra le istituzioni antitubercolari, perchè sia reso noto quanto si viene operando in Italia, e perchè si studino i problemi che meglio giovano a raggiungere quella cooperazione di energie e quella solida organizzazione che l'esperienza ha dimostrato necessarie perchè si abbiano grandi e sicuri vantaggi;

2° di allacciare e mantenere più intimi rapporti con le consimili Associazioni estere, onde l'Italia occupi nel campo internazionale la posizione che le spetta.

Il Consiglio direttivo dell'Associazione sarà costituito dai Presidenti delle Istituzioni aderenti. Ad assumere le funzioni di ordine esecutivo e rappresentativo si presta per ora il prof. Vittorio Ascoli. I rapporti finanziari tra le singole istituzioni e la nuova Associazione saranno esclusivamente determinati dalle spese di segreteria e di organizzazione.

Confidiamo che la necessità di tale Associazione Nazionale appaia senz'altro evidente a quanti in Italia hanno a cuore la difesa sociale contro la tubercolosi, e ci auguriamo di potere presto indire la prima riunione dei presidenti per iniziare quest'opera che, circoscritta nei termini suaccennati, non limita l'indipendenza di alcuna istituzione, ma ne stimola l'attività e ne amplia il valore mediante la colleganza nazionale.

Firmati: Sen. Pio Foà - *Torino*
Prof. Vittorio Ascoli - *Roma.*

P. S. — Rivolgere adesioni al prof. Vittorio Ascoli - Direttore della Clinica Medica di Roma (Ospedale Policlinico Umberto I).

PUBBLICAZIONI PERVENUTE.

Fasani-Volarelli F. *Eritema pigmentario della regione clavicolo-sternale della donna.* — Siena. 1920.

Testi Alberico e Zoli Costante. *Dell'intradermoreazione echinococcica.* — Firenze, 1920.

Sorgente P. *Sull'eziologia della Poliomielite anteriore acuta.* — Roma, 1919.

Campora Giuseppe. *Le fratture spontanee.* — Torino.

NOTIZIE DIVERSE.

La mortalità in Italia.

Nel triennio antecedente alla guerra era stata di 18.28 ‰, salì a 19.53 nel 1915 (escluse le vittime del terremoto), a 19.66 nel 1916, a 19.20 nel 1917, a 32.29 nel 1918. Tenendo conto dei morti per la guerra (sul campo, fuori del territorio del Regno) si sale a 22.28 nel 1915 (comprese le vittime del terremoto) a 23.32 nel 1916, a 26.20 nel 1917, a 35.39 nel 1918. La grande mortalità del 1918 va attribuita alla pandemia influenzale che fu causa di circa 400,000 morti (circa 12 ‰ abitanti). Nel 1919, sebbene, sul principio l'influenza facesse sentire i suoi effetti, la mortalità discese a 19.01 ‰, di poco superiore a quella del periodo prebellico.

XXVI Congresso della Società Italiana di Medicina.

Dal 25 al 27 ottobre prossimo avrà luogo in Napoli il XXVI Congresso della Società Italiana di Medicina Interna, con la Presidenza dell'ill.mo sen. prof. Antonio Cardarelli.

All'inaugurazione del Congresso, che si terrà al Teatro S. Carlo, interverranno il Ministro della P. I. e tutte le autorità cittadine. Per l'occasione sarà organizzata una grande esposizione di prodotti terapeutici; ai congressisti sarà offerto in dono un volume di circa 400 pagine contenente le biografie dei più grandi clinici italiani dall'epoca del Cotugno fino ai nostri giorni. L'opera illustrerà inoltre le origini, le tradizioni ed i trionfi della Scuola di Medicina di Napoli.

In onore dei congressisti saranno organizzate gite all'Eremo vesuviano, a Capri, ad Agnano, e sarà loro offerto una «garden party» nei Giardini Reali.

Stipendi universitari.

L'attuale Ministro della P. I. ha dato sicuro affidamento al prof. Severi, presidente dell'Associazione Nazionale dei Professori, che gli stipendi saranno elevati conforme alle legittime esigenze della vita odierna ed alla dignità della funzione.

XIII Congresso Nazionale di idrologia e terapia fisica a Castellammare di Stabia.

La data è stata fissata per il 29 settembre; durerà fino al 2 ottobre; sono assicurate le riduzioni ferroviarie; i congressisti avranno ogni possibile facilitazione per il loro soggiorno a Castellammare.

La tubercolosi in Germania durante la guerra.

Nel periodo 1913-1916, è aumentata del 26.2 per 100,000 abitanti nelle città e del 16.2 nelle campagne; nel 1916-17, rispettivamente del 62.6 e 31.9; nel 1917-18, 32.7 e 16.6; nel 1918-19, la diminuzione è evidente, avendosi rispettivamente 14 e 16.1. Notevole è la differenza fra i due sessi: nelle città è assai minore la mortalità femminile e la differenza è andata aumentando durante la guerra; risultati opposti si hanno nelle campagne, dove la mortalità femminile per tubercolosi è di 1/6 più forte che quella maschile. Per quanto riguarda l'età, il massimo addensamento di morti si ha fra 15 e 30 anni, viene in seguito la categoria da 30 a 60, poi quelli oltre i 60; da ultimo i piccoli da 1 a 15 anni, per i quali anzi vi era una diminuzione progressiva dal 1913 al 1916, un aumento solo nel 1917 ed una nuova diminuzione nel 1918.

I medici nel paradiso bolscevico.

Le medicine sono, teoricamente, gratuite: in pratica però mancano affatto, non vi è nemmeno filo di seta per la sutura delle ferite, si usa quindi il filo comune. Anche i medici sono teoricamente gratuiti; non è possibile farli smuovere senza il pagamento di 10,000 rubli, che però rappresentano ben poco, quando si pensi che una libbra di zucchero costa 20,000 rubli.

Domina il tifo esantematico: quanto alla sifilide, sono stati registrati 10 milioni di sifilitici, senza contare quelli che sfuggono ad ogni controllo; nei pubblici refettorî gratuiti, 500 bambini se ne sono infettati nel primo mese.

(*Journal des praticiens*).

Fusione dei gruppi medico-mutualisti di Bordeaux.

Il Comitato Medico di Bordeaux, il quale accoglie le Mutue che retribuiscono i medici ad abbonamento, ha deliberato, su proposta del dott. Dubourg, di creare, presso il Sindacato Professionale, un gruppo medico-mutualista indipendente, in cui s'inscriveranno tanto le Mutue del Comitato medico, quanto quelle del Sindacato medico, il quale ultimo accoglie soltanto Mutue che retribuiscono i medici a notula.

Ciò porterà alla fusione dei due gruppi mutualisti-medici, che costituiranno un solo aggruppamento compatto, capace di vincere le imminenti battaglie nell'agone professionale.

Verso la fine del proibizionismo americano?

Il signor Barlett, uno dei capi del proibizionismo, ha fatto un'inchiesta in tutti gli Stati per controllare i risultati della legge che proibisce tutte le bevande alcooliche. La relazione, pubblicata dal *New York World*, è disastrosa: si beve, a un dipresso, quanto prima, e si bevono dei veleni: si gremiscono le piccole distillerie, si distilla, da taluno, anche in casa propria. In compenso tutto quello che si beve è di pessima qualità e costa enormemente, dando ai contrabbandieri dell'alcool un guadagno del 400-2000 per cento: la *Morning Post* calcola a 215 milioni di dollari la somma annua di tali guadagni.

Una vasta organizzazione di tali contrabbandieri si era sviluppata nelle isole Bahama (Arcipelago nell'Oceano Atlantico a N. E. di Cuba ed a S. E. della Florida), dove sono depositi di *whisky, gin* ed altri liquori per un valore di due milioni e mezzo di sterline. Ogni giorno partono da tali isole numerosi battelli per la costa della Florida e per i porti prossimi a New York, nei quali, durante la notte, scaricano liquori: nell'ultima quindicina ne sono state così trasportate circa 20,000 casse. La sola modesta tassa di importazione ha fruttato ad una di tali isole 170,000 sterline in un anno.

Forse in considerazione dei meschini risultati di questa legge, la Camera dei rappresentanti degli Stati Uniti ha recentemente approvato una nuova legge, che permette la distillazione e la fabbricazione di alcool nelle case private; si aggiunge, per il solo consumo domestico. Questa decisione, che è stata accolta con frenetiche dimostrazioni di giubilo, significa praticamente l'abolizione del proibizionismo.

Il Collegio Medico Milanese ha perduta una delle giovani figure più simpatiche: il dott. CESARE STABILINI, che, or fa un mese, periva vittima di un accidente d'automobile. Al cordoglio della di Lui Famiglia si associa, nel rievocarne la memoria, il dolore dei molti amici ed il rimpianto di quanti lo conobbero. Poichè era un'anima buona, era un cuore generoso, era una coscienza retta e sicura. Due grandi sentimenti possedevano l'animo Suo: il culto per gli affetti, la religione del dovere. Voleva bene e lavorava: era tutta lì la Sua vita, e noi, Suoi amici, eravamo ogni giorno testimoni ammirati di queste due sentite passioni. Lo si vedeva tra i Famigliari, lo si ricercava fra noi, lo si ritrovava assorto nel Suo lavoro: era sempre uguale, era sempre l'uomo affettuoso e cordiale, era sempre l'entusiasta della professione. Professava la chirurgia con l'entusiasmo e con la severità di chi ne sa misurare il grandioso campo, il difficile compito, le immense responsabilità: la professava preparato dal rigore dello studio e della osservazione, la coltivava sorretto dalle Sue doti di cuore e di coscienza. E la professione gli dischiudeva un avvenire pieno di promesse, come le Sue bontà gli avevano già guadagnato un larghissimo consenso di simpatie. Della Sua vita e della Sua operosità l'Asilo Evangelico, del quale era Chirurgo Primario, vide le virtù e condivise i successi: della di Lui perdita, l'Istituto sa e piange la gravità.

LOSIO.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

L'Igiene Moderna, maggio. — L. PIRAS. Disinfestazione e deratizzazione per mezzo dell'acido cianidrico.

La Presse Médicale, 20 luglio. — F. RAMOND, CH. JACQUELIN e BORRIEN. Gli spasmi gastrici.

Zentralblatt für Chirurgie, 23 luglio. — W. BRAUN. Sezione di nervi per il trattamento di stati irritativi dello stomaco.

Zacchia, 1. — G. AMANTEA. Epilessia sperimentale ed epilessia umana.

Annali di Clinica Medica, 15 aprile. — M. BARBARA. Le capsule surrenali nella febbre mediterranea. — U. LOMBROSO. Sul metabolismo dei grassi. — P. SISTO. Sulla colesterinemia.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 14 luglio. — M. LOEPER e M. DEBRAY. Azione ipotensiva della tintura d'aglio. — CH. FLANDIN e P. VALLERY-RADOT. Anafilassi serica itterigena.

The American Journal of the Medical Sciences, giugno. — A. STENGEL, C. C. WOLFERTH e L. JONAS. La respirazione in aria con bassa tensione d'ossigeno quale saggio funzionale della circolazione. — E. WEISS. Aneurisma dell'arteria epatica. — A. I. RINGER. La nefrite cronica.

Medical Record, 9 luglio. — P. E. TRUESDALE. Ostruzione prostatica.

Medizinische Klinik, 24 luglio. — W. NEULAND. Cyanosis afebrilis icterica cum haemoglobinuria: morbo di Winckel. — W. BLUM. Disturbi dell'urinazione nei vecchi.

Berliner Klinische Wochenschrift, 25 luglio. — A. TIETZE. Distrofia delle cartilagini costali epidemica. — B. COHN. Coxa vara luxans.

Paris Médical, 23 luglio. — COURTOIS-SUFFIT, BOURGEOIS, H. ROBERT. La responsabilità medica.

British Medical Journal, 23 luglio. — Congresso annuale dell'Associazione Medica Britannica.

The Lancet, 23 luglio. — D. DRUMMOND. L'accuratezza nella diagnosi. — WHITFIELD. Sull'eziologia delle malattie cutanee. — E. H. STARLING. La legge del cuore.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed. resp.*

ANNO XXVIII — Roma, 12 Settembre 1921 — Fasc. 37

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Sindrome da fame nei prigionieri di guerra italiani in Germania (1).

Dott. MICHELE BOLAFFIO.

Le osservazioni, che risalgono all'autunno del 1917 e ai primi mesi del 1918 e che furono fatte nei campi di concentramento dei prigionieri italiani di Rastatt e di Halle a S. non sono che una minima frazione di quelle molte fatte dai numerosi medici italiani, che, prigionieri in Austria ed in Germania, prestarono servizio nei diversi campi. Le osservazioni più numerose ed i casi più gravi interessarono i campi di concentramento della truppa, mentre i campi di ufficiali, nei quali io ebbi a fare le mie osservazioni, non furono colpiti che in forma mite. Io non ho comunicato finora le osservazioni fatte attendendo che altri colleghi avendo maggior materiale di osservazione, lo facessero. Inoltre le mie osservazioni, fatte in mezzo agli ufficiali o in un ambulatorio sprovvisto di ogni sussidio anche rudimentale di laboratorio, non poterono essere che cliniche nell'antico senso e quindi assai incomplete. Altri, praticando negli ospedali, avrebbero forse potuto raccogliere osservazioni più complete. Ma poichè nulla finora fu, per quanto io sappia, pubblicato dai nostri medici già prigionieri, poichè inoltre fortunatamente, da noi o presso gli alleati non fu osservato nulla che assomigli ad una sindrome da fame, mentre numerose sono in proposito le pubblicazioni uscite durante e dopo la guerra, in Austria ed in Germania, credo non privo di interesse comunicare le osservazioni fatte.

Comincio con quelle del campo di Halle, sebbene per ordine di tempo vengano dopo quelle del campo di Rastadt, perchè esse sole presentarono la sindrome completa.

Furono una decina di casi, di otto dei quali ho conservato qualche appunto, riferentisi tutti a soldati, meno uno che riguarda un ufficiale, ma che contiene un fattore eziologico particolare. Eppure gli ufficiali nel campo erano 400 e i soldati solo 100, addetti al servizio generale del campo e quali attendenti degli ufficiali. Questi nostri soldati provenivano da due campi vicini, Merseburg e Wittenberg, ma furono colpiti quasi esclusivamente quelli provenienti da quest'ultimo campo, nel quale le condizioni di alloggio, in miserabili baracche mal riscaldate, e di nutrizione, pare fossero particolarmente disastrose. Alcuni dei colpiti erano stati

(1) Comunicazione fatta all'Accademia medica di Roma il giorno 11 luglio 1920.

per qualche tempo a lavorare nelle miniere di sale con un lavoro gravosissimo, tra continui maltrattamenti e senza alcun miglioramento nella nutrizione.

I sintomi dei colpiti erano del tutto uniformi, con sole differenze di grado. Essi vennero tutti all'ambulatorio, perchè «gonfi alle gambe». Presentavano infatti tutti *edemi* agli arti inferiori, ora lievi e limitati ai malleoli, ora cospicui, estesi alle gambe e alla parte inferiore delle coscie; tutti presentavano inoltre edema facciale, specialmente palpebrale, con una colorazione violacea delle palpebre, i più gravi anche edemi al tronco, così al torace che all'addome, ed uno un cospicuo edema ai genitali. In qualcuno gli edemi duravano da qualche giorno, ma per lo più erano comparsi il giorno prima, all'improvviso. Gli ammalati erano nella generale denutrizione, fra i più appariscenti per la loro miseria organica, che anzichè nascosta dall'edema ne risultava ancora di più, pallidi, leggermente terrei, curvi, sfiniti. Al torace nulla o lieve catarro con rumori secchi; il cuore, tranne in un caso, di cui dirò, in limiti normali, anzi molte volte un po' più piccolo della norma, con toni profondi, cupi, in due casi con rumore dolce di soffio alla punta. In due casi è espressamente notato nei brevi appunti, che non si palpava affatto la tiroide. Oltre all'edema e allo stato generale, ciò che colpiva all'esame era il polso. In tutti i casi esisteva *bradicardia*. Furono contate, ad individuo seduto, al massimo 59, al minimo 41 pulsazioni. La frequenza del polso variava con grande facilità per piccoli movimenti od emozioni. Tranne in un caso, non vi erano però aritmie o erano lievissime; il polso era inoltre piccolo, molle e facilmente compressibile. Le *urine* erano in tutti i casi straordinariamente abbondanti. La quantità nelle 24 ore variò nei diversi casi fra 2200 e 6000 cmc. Questa *poliuria* preesisteva, secondo l'affermazione degli ammalati, da molto tempo, non era quindi affatto in rapporto con la cura, che determinava l'assorbimento degli edemi. L'urina era pallida, ma non proporzionalmente alla sua quantità, il peso specifico non fu potuto determinare; v'era assenza di albumina, ad eccezione di un caso, in cui se ne rinvennero tracce. Nessun sedimento degno di nota.

Due casi meritano qualche menzione a parte. In uno si trattava di un ufficiale, l'unico colpito da edemi; in questo, un soggetto fra i più denutriti e pallidi, un edema delle palpebre e degli zigomi si stabilì in seguito ad un lieve avvelenamento mercuriale, causato dall'ingestione di soli 40 centigrammi di calomelano e caratterizzato da coliche, da stomatite abbastanza grave e da leggiera albuminuria; che l'edema non fosse però in rapporto con una nefrite tossica, fu presto palese per la scomparsa rapida dell'albuminuria, mentre l'edema persistette a lungo e scomparve gradatamente dopo qualche settimana.

L'altro caso, il più importante di tutti, si riferisce ad un caporale, in cui un'antica malaria non aveva dato più attacchi da 10 anni, e che del resto affermava di esser sempre stato bene. Improvvisamente erano comparsi edemi alle gambe. L'individuo, di robusta costituzione scheletrica, pallido, leggermente cianotico e dispnoico, presentava edemi cospicui al tronco e agli arti inferiori, ma anche alla faccia e agli arti superiori. Al torace nulla tranne i soliti sibili. Il polso, contrariamente al solito, era aritmico, piccolo, frequente. L'esame del cuore dava: Itto della punta nel 4° spazio, 2 cm. all'esterno dell'emiclaveare; in alto il limite sulla parasternale è nel 2° spazio, a destra deborda dalla marginale destra dello sterno di un dito e mezzo sulla 3ª, di 2 dita sulla 4ª costa. Toni forti, cupi, impuri. Extrasistoli numerose. Limite superiore del fegato nel 4° spazio, inferiore 1 dito trasverso sotto l'arco costale. Urina pallida, scarsa albumina, quantità non potuta misurare, ma apparentemente *normale*. Fu fatta diagnosi di iposistolia da miocardite; riposo a letto, digitale. Dopo due giorni il polso era regolare, 50 al minuto, le extrasistoli scomparse completamente, gli edemi molto diminuiti; in quel giorno l'ammalato fu potuto trasportare all'ospedale, ove fu tenuto a letto e nutrito sufficientemente. All'uscita dall'ospedale, dopo 3 mesi, gli edemi erano scomparsi, solo alla sera vi erano ancora lievissimi edemi malleolari. La nutrizione e il colorito erano migliorati. L'itto della punta non era delimitabile perchè l'area cardiaca in parte coperta, il margine destro del cuore era 1 cm. all'interno della marginale destra dello sterno. Il polso era ritmico, di media ampiezza, 90 al minuto. Nessun dubbio mi sembra possa sussistere che l'insufficienza del miocardio in questo caso non fosse parte e più grave espressione della malattia, del resto uguale agli altri casi.

Di casi gravi questo solo fu dunque da me osservato. Di casi lievi, invece nei quali dei tre sintomi principali: edemi, poliuria e bradicardia, questi due ultimi soltanto apparvero, ne furono da me osservati centinaia e migliaia. Tutti, ufficiali e soldati ne erano colpiti. E ambedue i sintomi furono rilevati per la prima volta non dai medici, ma da altri ufficiali. Io

fui stupito, quando, dopo aver alzato le spalle, contai il polso di un ufficiale e trovai 42 battiti al minuto; e il mio di cui non mi ero occupato da molto tempo, ne aveva in quel momento 48. E così su per giù tutti. E tutti eravamo affetti dalla poliuria; chi più e chi meno.

Chi ne risentiva meno, s'alzava 3 o 4 volte nella notte; ma v'erano molti che dovevano farlo 8 e 10 volte nelle 10 ore che si rimaneva a letto. Era un andirivieni continuo nelle grandi baracche o nelle immense tristi ridotte della fortezza di Rastatt e non mancavano gli episodi tragi-comici durante queste processioni notturne. Quanto l'insonnia che ne conseguiva contribuisse al deperimento, all'esaurimento, all'avvilimento dei più colpiti, è facile immaginare. La frequenza della minzione era maggiore di notte che di giorno; era dunque una nicturia; che fosse anche una pollachiuria, come vogliono alcuni autori tedeschi, non mi pare o mi pare troppo naturale, se 6 litri di urina erano emessi nelle 24 ore. In ogni baracca, in ogni camerata c'erano poi degli enuretici, sia che lo fossero stati già da bambini e l'enuresi ricomparisse nelle anormali condizioni, sia che li divenissero per pigrizia o per disposizione nervosa o per ambedue.

In stretto rapporto con la poliuria sono poi da mettersi altri due fenomeni, punto o poco rilevati da altri autori, cioè la *coprostasi* generale, tanto più strana in quanto il vitto era ricchissimo di scorie, e che solo raramente cedette il posto a diarree di breve durata; e la *mancanza di sudore*, che ognuno potè stabilire tanto più facilmente su sè stesso, in quanto era difficile e per molti impossibile il cambio della biancheria. Non ostante ciò e nonostante l'agglomeramento in ristretto spazio l'aria ambiente fu sempre respirabile.

***

Queste in complesso le nostre osservazioni, alle quali devono essere aggiunte alcune notizie sul decorso e sulla cura dell'affezione, sulla sua eziologia e sulla probabile patogenesi dei singoli fenomeni.

Ma prima di accingerci a ciò, è bene dare uno sguardo alle osservazioni simili e sotto molti aspetti più complete di altri autori.

Maase e Zondek si sono occupati di ricercare nelle notizie dei medici di passate guerre dei quadri analoghi a quelli di recenti osservazioni. Essi trovarono notizie di epidemie di edemi nella campagna anglo-olandese del 1742, nella campagna napoleonica in Russia, nella guerra russo-turca del 1879, finalmente presso i prigionieri di guerra boeri concentrati nel 1902 a S. Elena. Mentre mancano dettagli sulle prime epidemie, quest'ultima è ben studiata da Wheeler. Poichè l'alimentazione era buona e variata, mentre era cattiva l'igiene degli alloggiamenti, si pensò ad un'epidemia da infezione; infatti l'epidemia cessò col trasporto dei prigionieri in altra sede.

Anche le prime epidemie di edemi osservate nella guerra europea furono messe in relazione con delle infezioni, in parte a ragione, ma in parte probabilmente a torto.

La prima epidemia è descritta da Rumpel, che la osservò nel 1915 in campi di prigioneri in Russia. La malattia era grave, non di rado mortale. Oltre agli edemi vi erano emorragie cutanee e congiuntivali, diarrea e febbre. Nella maggior parte dei casi furono trovati nel sangue le spirochete della febbre ricorrente, onde la sindrome è riferita a questa eziologia. Lo stesso autore insieme a Knack, descrisse l'anno dopo un'epidemia simile osservata in Russia e nel Belgio, accompagnata da diarree e fenomeni dissenterici, onde essi la mettono a carico della dissenteria, sebbene solo in un caso venisse coltivato dalle feci il bacillo di Flexner e l'agglutinazione fosse costantemente negativa.

La prima epidemia messa in rapporto con la fame è quella descritta dai polacchi Budzinski e Chelkowski nel 1915 nella popolazione di una località galiziana. I più gravemente colpiti erano il medio ceto, gettato improvvisamente dalla guerra nella miseria. La carne mancava da mesi, albumine e grassi erano insufficienti, le patate erano guaste. Gli edemi erano gravissimi, specialmente alle palpebre; spesso c'erano emeralopie, *xerosis conjuntivae* e ulcere corneali. C'era astenia, anoressia, diarrea, ipopiressia, bradicardia negli adulti, tachicardia nei bambini; 13 % dei casi morirono e cioè quasi esclusivamente bambini e vecchi, più maschi che femmine.

Un'epidemia polacca ancora più grave è descritta da Strauss; in questa è notevole la costante diminuzione delle urine in rapporto con una grave iposistolia; furono osservate anche complicazioni con scorbuto, peliosi e morbo di Werlhoff.

Notevoli contributi furono portati negli anni seguenti da Schiff (centinaia di osservazioni nella popolazione di Vienna, di Boemia e delle provincie montane dell'Austria) Gerhartz (Bonn, 21 osservazioni), v. Jaksch (distretti industriali boemi, 22,842 osservazioni con 1028 morti), Jansen (Monaco), Lippmann, Schittenhelm e Schlecht, Maase e Zondek (Berlino), Maliwa (Ungheria), Hülse (145 casi, Neuhammer), Knack e Neumann Lewy, Pollag (Halle), Moritz (Colonia), Döllner, Boenheim (Rostock), ecc. Recen-

temente fornivano pregevolissime monografie sull'argomento Schittenhelm e Schlecht, Pollag, Maase e Zondek.

Una parte dei citati autori pubblicano le osservazioni fatte in ospedali annessi a campi di prigionieri, altri, e sono i lavori con le osservazioni più numerose, descrivono le epidemie comparse in Polonia, in Boemia, in Austria e in Germania, sia negli anni 1915 e 1916, sia e prevalentemente nell'inverno 1916-917, il più terribile per l'alimentazione della popolazione in Austria e Germania.

***

Le osservazioni cliniche intorno agli edemi, alla poliuria, alla bradicardia e a tutto l'esame somatico non aggiungono alcunchè di notevole alle nostre osservazioni sopra descritte.

Notevoli sono invece in alcuni lavori e specialmente nelle monografie di recente edizione i contributi intorno ai caratteri del sangue, delle urine, intorno alla funzionalità renale, alla pressione sanguigna; vengono riferiti alcuni bilanci organici e dei reperti di autopsie.

Il *sangue* presenta i caratteri dell'idremia, con diminuzione del peso specifico, del punto di congelazione e dell'indice di refrazione. Il residuo secco può essere diminuito di un quarto, cioè fino a valori di 14-15 %; nella stessa e in maggior proporzione è diminuita l'albumina del siero, che dal valore normale di 8 %, può scendere facilmente a 5-6 % e talvolta fino a 3 %. I globuli sono naturalmente sempre diminuti, talora notevolmente e fino a valori di circa 1,000,000, in questi casi con quadri simili a quelli dell'anemia perniciosa; c'è leucopenia con linfocitosi; il quadro di Arneth è spostato a sinistra; i linfociti sono particolarmente grandi con ricchezza di granuli azurrofili. Piastrine e quindi rapidità di coagulazione sono aumentate. Il valore globulare è aumentato. Ma i valori numerici e colorimetrici dei globuli rossi sono in uno stesso soggetto variabili e si può incontrare durante la formazione degli edemi iperglobulia con basso valore globulare come espressione di un temporaneo ispessimento del sangue. Importanti, per le conseguenze che se ne trassero, sono le modificazioni nel contenuto dei lipoidi nel sangue. Gli acidi grassi sono ridotti di $^2/_3$, il grasso neutro è talvolta del tutto scomparso; anche la lecitina è diminuita a meno di $^1/_3$, mentre la colesterina totale è piuttosto un po' aumentata, ma con scomparsa quasi totale della frazione eterificata.

Nell'*urina* è pure notevole la grande variabilità del peso specifico, il quale però in media resta normale nonostante la poliuria. È quindi interessante seguire il comportamento dell'eliminazione dei sali. È normale o aumentata la percentuale del calcio e del magnesio; i solfati e i fosfati sono aumentati. Il cloruro di sodio viene eliminato nella proporzione da 10 a 18 %, onde l'eliminazione nelle 24 ore può raggiungere i 60 gr. L'azoto totale è in proporzione normale o diminuito, ma è proporzionalmente diminuita la percentuale ureica, mentre è raddoppiata quella dell'acido urico, sono aumentati anche l'ammoniaca e gli aminoacidi ed è eliminata creatina nella proporzione di 0.2-0.25 gr. Questi valori dati da Knack e Neumann sono confermati da Pollag. In qualche caso furono trovati valori alti di acetone.

La *funzionalità renale* fu studiata accuratamente da Maase e Zondek. Non sono alterati nè i poteri di diluizione e di concentrazione nè quelli di eliminazione dell'urea e dei cloruri.

La *pressione arteriosa* è secondo alcuni (Pollag, Maase e Zondek) normale o poco diminuita, secondo altri (Schittenhelm e Schlecht) notevolmente diminuita; questi ultimi autori misurarono per la pressione diastolica 45-50, per quella sistolica 55-70 mm. di mercurio. Strofanto ed adrenalina non influivano che poco e transitoriamente sulla pressione. La pressione venosa, misurata da Knack e Neumann, fu trovata per lo più normale, da 35 a 85 mm. di acqua; in qualche caso vi era aumento fino a 120 mm.

Nei *reperti di autopsia* si trovarono tutti i caratteri della morte per inanizione, ma nulla di più. Atrofia muscolare, specialmente del cuore, il cui peso è ridotto a meno della metà, completa scomparsa del grasso dei tessuti e del glicogeno nel fegato atrofico, atrofia lienale, talvolta delle ulcere dissenteriformi nell'intestino, ma senza reperto bacteriologico positivo. La tiroide fu trovata talvolta atrofica, ma non costantemente. Gli organi addominali furono trovati iperemici, mentre gli altri organi erano vuoti di sangue. Nei reni nulla di patologico, soltanto una iperemia e una dilatazione dei canalicoli. Fra tutti gli autori solo Pollag afferma di aver riscontrato una generale dilatazione dei capillari.

Bilanci organici completi vengono comunicati da Maase e Zondek (2 casi) e da Jansen (7 casi). La loro discussione implica anzitutto la conoscenza delle razioni alimentari, con le quali furono eseguiti.

I primi autori danno in un caso, poliurico, già edematoso, una razione di lusso, contenente azoto 15.3 g. grasso 102 g. idrati di C 281 g. (calorie 2500), acqua 1650 g. NaCl 10 g. L'esperienza dura 19 giorni. Si ha risparmio della metà dell'azoto, la quantità giornaliera d'uri-

na scende da 3200 g. alla norma. In un secondo caso viene somministrato durante un uguale periodo la dieta abituale dell'infermo: proteidi 46.9 (N=7.5), grasso 66.6, idrati di C. 254 (calorie 1840), acqua 1100 cmc., NaCl 6.9 g. Si ha leggiero *deficit* di azoto, la poliuria scompare però quasi completamente.

Jansen eseguì nel maggio 1917 sette esperienze di bilancio in edematosi poliurici, lasciandoli nelle loro abitudini di vita e somministrando il vitto razionato dell'ospedale. Alle sette tabelle l'autore aggiunge una tabella riassuntiva della quale riporto i dati più importanti:

Calorie calcolate secondo le abituali tabelle: circa 1800, calcolate espressamente da Rubner con metodo calorimetrico: 1126; Azoto 8.1, grasso 14.6, idrati di C. 173, acqua non controllata, ma sempre oltre i due litri. *Deficit* giornaliero di azoto 3.4 gr., urina 2342 g., Calorie utilizzate 995, grasso assorbito 12.5 gr. idrati di C. assorbiti 158 gr. È particolarmente interessante in questa ricerca la grande differenza fra le calorie calcolate e quelle misurate; queste non sono che $^2/_3$ di quelle. Ma anche di queste una parte va perduta nelle feci, specialmente per il cattivo assorbimento degli idrati di carbonio, troppo legati alla cellulosa degli involucri vegetali.

Accanto a questi bilanci è interessante il raffronto fatto dal Pollag delle razioni alimentari delle carceri di Halle (nelle quali erano «ricoverati» anche dei prigionieri civili italiani) in epoche di diversa intensità dell'epidemia. Nel 1° periodo, allo scoppio dell'epidemia (novembre 1916) la razione alimentare, calcolata dalle tabelle di Schall-Heisler, senza detrazione per cattiva qualità e deterioramento, comprendeva giornalmente: Proteine 54.08 g., grasso 10.45 g. idrati di C. 465.09 (calorie 2209). Nel 2° periodo, all'acme dell'epidemia (marzo 1917) le cifre erano: Proteine 50.26 gr., grasso 17.03 gr., idrati di C. 370.71 (calorie 1889). Nel 3° periodo il vitto era stato migliorato (giugno 1917), l'epidemia era in via di decrescenza; la somministrazione era di: Proteine 64.2 gr., grasso 21.97 gr. idrati di C. 396.94 (calorie 1997).

Queste ultime cifre sembrano dunque consentire ancora, per individui a riposo, un equilibrio di bilancio. Esse corrispondono abbastanza bene a quelle date da Jansen, che ritiene potersi ottenere l'equilibrio con 60 gr. di proteidi, purchè le calorie siano almeno 2100. Quasi uguali sono le cifre di Chittenden con 50 gr. di proteidi e 2000 calorie.

***

Quale era la razione alimentare nei campi di prigionieri in Germania all'epoca dell'epidemia da me osservata?

Nel campo di Rastatt nel dicembre 1916 la razione settimanale era così composta: Patate 2800, rape e carote 2400, barbabietole 750, carne con osso 200, baccalà 410, orzo 150, vecce 350, pane 2100, grasso per condimento 50. Calcolando in base alle correnti tabelle del Koenig si ottengono giornalmente: Proteine 95 gr., grassi 12 gr., idrati di C. 300 gr. Totale 1690 calorie. Considerando però le perdite per la sbucciatura dei vegetali, quelle per vegetali deteriorati e le sottrazioni da parte dei soldati affamati, tedeschi e italiani, nella pesatura e durante il trasporto fra il magazzino e la cucina, non si va errati se si riducono le calorie, anche calcolate con la misura troppo larga delle tabelle, a 1200 o 1300 al massimo. Questa cifra è dunque notevolmente inferiore a quella che nelle razioni alimentari degli autori citati diede già così notevole *deficit* nel bilancio. È bensì vero che i proteidi, anche tenuto conto di tutte le riduzioni e della loro origine vegetale, appaiono sufficienti, ma la condizione che le calorie non scendano sotto i 2000 gr. non è mantenuta. È perciò che in un reclamo da me sporto verso la metà di dicembre al comando del campo, chiedevo che non essendo possibile l'aumento della razione dei grassi, venisse almeno aumentata di 500 gr. giornalieri quella delle patate. La razione dei soldati era anche più povera di quella degli ufficiali, mancando in essa i 7 grammi giornalieri di grasso di condimento ed essendo la razione di pane di 210 anzichè di 300 grammi al giorno. E mentre gli ufficiali oziavano, i soldati lavoravano.

Tuttavia nel campo di Rastatt, pur essendo generale il deperimento (che in alcuni in due mesi si avvicinò ai 20 chilogrammi di perdita), la poliuria e la bradicardia, non si ebbero a lamentare edemi. È probabile che ciò fosse dovuto sopratutto al breve periodo di denutrizione; forse vi contribuirono il riposo (anche il lavoro dei soldati non era faticoso) e il discreto riscaldamento degli alloggi. Infatti nello stesso tempo e con lo stesso vitto edemi gravi si verificarono nei campi di soldati, ove gli alloggiamenti erano peggiori e il lavoro era, almeno a periodi, molto faticoso. Hanno dunque certamente ragione gli autori tedeschi, che oltre al vitto attribuiscono un valore fra le cause dell'edema ai fattori *freddo e lavoro.*

Esclusa la deficienza dei proteidi, Hülse, Jansen ed altri vedono nel *deficit* generale delle

calorie la causa della sindrome. Anche Jansen, non potendo aumentare i grassi, propone di aumentare gli idrati di carbonio.

Sorge però il problema, se vi sia soltanto stione di calorie, o se non sia da incolparsi la deficienza di un determinato gruppo di sostanze alimentari.

Nella pratica degli autori tedeschi furono a scopo di cura aumentati sempre e i grassi e gli idrati di carbonio, mai questi soltanto. Invece un aumento quasi esclusivo di questi si ebbe nel caso dei 400 ufficiali trasferiti a metà gennaio 1917 dal campo di Rastatt a quello di Halle. In questo campo, che aveva allora forti depositi di farine di leguminose e di patate e aveva a disposizione un eccesso di buoni di pane, il vitto fu nei primi tempi assai differente da quello di Rastatt. Si visse per qualche settimana fuori razionamento, con vitto ricco di calorie (oltre 3000!), ma rappresentate quasi esclusivamente da idrati di C., avendo subito i proteidi — mancanza del pesce — una certa diminuzione e nessun aumento i grassi. L'effetto di questa dieta fu un miglioramento delle condizioni generali. Ma la poliuria persistette e non sembrò diminuire in modo apprezzabile. Diminuì invece rapidamente, appena con i pacchi viveri dall'Italia arrivarono sufficienti quantità di grassi. Per mia personale esperienza posso poi affermare, che la poliuria subiva addirittura delle oscillazioni regolari in rapporto ai grassi disponibili, ricomparendo di nuovo nei periodi, nei quali i viveri dall'Italia per le chiusure di frontiera venivano a mancare. Un'identica osservazione personale di un medico tedesco è riferita da Maase e Zondek. Non sembra quindi potersi negare ai grassi alcunchè di specifico nel ricambio organico dell'acqua. Su ciò convengono anche le più recenti pubblicazioni tedesche. Quest'affermazione ha poi anche un forte appoggio sperimentale nelle eccellenti ricerche di F. Maignon, il quale trovò che il rapporto ottimo fra albumine e grassi è il 1:1 e che questi permettono entro certi limiti il risparmio di quelle. Il rapporto ottimo è realizzato nel latte e nell'uovo ed a un dipresso anche nella carne. I grassi sono dunque necessari all'utilizzazione dei proteidi. Queste esperienze e l'esperienza pratica dimostrano anche che sono unilaterali le esperienze e le conclusioni di un recentissimo lavoro di Emma A. Kohman, la quale esperimentando sui ratti trovò comparsa di edemi in rapporto a deficienza di proteidi, non di grassi. Anche la grande affinità fra la sindrome da fame e quella da alimentazione esclusiva con idrati di carbonio nei bambini, affinità che Schittenhelm e Schlecht mettono particolarmente in rilievo, fa pensare ad una patogenesi simile; nella sindrome da alimentazione farinacea mancanza dei grassi e delle albumine, in quella da fame, mancanza dei grassi e relativa deficienza delle albumine.

Da Schiff e da Gerhartz si è parlato di avitaminosi. Ma la sintomatologia da fame è del tutto differente da qualunque delle note sindromi avitaminiche, compresa quella da mancanza della sostanza A, solubile nei grassi, della quale è sintomo caratteristico la xeroftalmia, che fra gli ammalati di sindrome da fame fu osservata soltanto in casi estremamente gravi da Budzinski e Chelkowski. Del resto l'alimentazione nei campi di prigionieri non mancava certamente del tutto di vitamine e nemmeno della sostanza A, di cui sono ricche le parti verdi delle piante. E cavoli e mele c'erano a sufficienza.

Se con le considerazioni precedenti il problema dell'eziologia della sindrome da fame appare sufficientemente rischiarato, potendosi questa definire come una *malattia da nutrizione insufficiente e unilaterale*, resta però a discutersi il difficilissimo problema della patogenesi dei singoli sintomi.

Cominciando dalla *bradicardia* tutti gli autori, che si occuparono di chiarirne la patogenesi negano che si tratti di una bradicardia vagotonica, e perchè quella è ritmica, mentre questa è aritmica, e perchè la compressione del vago e la respirazione non la modificano e perchè sono negativi i fenomeni di Aschner (rallentamento per compressione dei bulbi oculari) e d'Erben (rallentamento per inclinazione del capo). La prova dell'atropina riesce positiva secondo alcuni (Winterberg, Moritz), negativa secondo altri Schittenhelm e Schlecht). L'origine della bradicardia sarebbe da ricercarsi nel cuore stesso, come effetto della iponutrizione della muscolatura e dei centri intrinseci (deficienza di zucchero e di sali minerali, Lorand, Maase e Zondek, Pollag). È probabile che la stessa riduzione della sostanza del miocardio (in alcuni casi fino a metà del peso normale) diminuisca l'energia di contrazione, onde il ritmo si fa più lento e la pressione arteriosa diminuisce.

Negli stadi più avanzati di atrofia, la pressione venosa può diventar sufficiente al rapido sfiancamento del cuore, come in uno dei nostri casi ed in casi di Strauss e di Iaksch. Qualunque sia però il meccanismo, onde la bradicardia si stabilisce, è certo che, come in parte fece osservare il Lenz, essa rappresenta una diminuzione di lavoro per l'organismo e contribuisce a ridurne il ricambio, onde è fino ad un certo limite utile e fa in questo senso esatto

riscontro alla tachicardia della febbre, in cui il ricambio è aumentato. In generale la bradicardia è fenomeno accompagnante tutti gli stati torpidi del ricambio, ritrovandosi e negli animali ibernanti e nei mixedematosi e, se non costantemente, spesso nei lunghi digiuni dei digiunatori di professione (Succi e più ancora Breithaupt e i soggetti di Hoover e Sollman e di Benedikt).

Poliuria si ha in patologia in tutti quei casi, nei quali passa attraverso ai capillari dei glomeruli maggior quantità di acqua nell'unità di tempo, sia che ciò avvenga per aumento della pressione, come nella nefrite cronica o nei cardiaci sotto l'impulso della digitale, sia che vi sia un aumento del letto sanguigno del rene per la maggiore massa del sangue come nel diabete mellito ed in quello insipido. In questi casi la poliuria è conseguenza dell'idremia. E tale origine ha indubbiamente la poliuria nella sindrome da fame. Senonchè ciò da un lato sposta la questione dovendoci ora noi chiedere quale sia la causa dell'idremia; da un altro lato non esaurisce il problema, come non lo esaurisce negli altri casi di poliuria, dovendoci noi chiedere ancora, perchè l'eliminazione in eccesso si compia soltanto attraverso il rene e non anche, anzi nel nostro caso a detrimento degli altri emuntorii.

Quanto alle possibili cause dell'idremia, mi pare particolarmente interessante lo studio sulle costanti cellulari di Mayer e Schaeffer. Questi autori partendo dal fatto della nessuna affinità dell'acqua per gli acidi grassi e della sua affinità per la colesterina, pensarono che dovesse esservi un rapporto fra il contenuto di quei componenti e il contenuto d'acqua nei tessuti. Essi poterono infatti stabilire che l'ordine di distribuzione dell'acqua nei tessuti è parallelo a quello del coefficiente lipoideo

$$\frac{\text{colest.}}{\text{acidi grassi R.}} \qquad \frac{\text{colest.}}{\text{fosf. lipoid.}}$$

Quanto più elevato è questo, tanto più elevato è il contenuto d'acqua di un tessuto.

Ora nella sindrome in questione vi ha un'elevazione notevolissima del coefficiente lipoideo nel sangue, essendo invariato il contenuto di colesterina, mentre sono ridotti gli acidi grassi e il fosforo lipoideo. Forse ciò può contribuire a spiegare l'idremia, alla quale certamente contribuivano anche e le quantità maggiori di cloruro di sodio e le quantità maggiori d'acqua che abitualmente venivano ingerite nella speciale dieta a base di tuberi ricchi d'acqua per sè stessi e per giunta somministrati in forma di minestre. Riducendo infatti il sale e l'acqua si otteneva una diminuzione della poliuria, non però la sua scomparsa. Più difficile è il problema, perchè l'acqua prendesse la via dei reni con tale predilezione da ridurre anche l'eliminazione attraverso l'intestino e la pelle. E giova avvertire che questo fatto fu osservato anche nel digiuno sperimentale con somministrazione d'acqua (Benedikt). Mentre di norma la quantità d'acqua di respirazione e di perspirazione è poco inferiore a quella dell'urina, dopo alcuni giorni di digiuno la quantità dell'acqua residua si riduce a poco più della metà, mentre aumenta la quantità d'urina. Vozarik poi ha trovato che con vitto esclusivamente carneo l'acqua residua aumenta sopra la norma, con vitto vegetale ne scende al disotto; la proporzione fra le due condizioni è di 1 : 2. Bisogna da tutto ciò pensare ad influenze che agiscano inibitoriamente sugli emuntori secondari o, molto più probabilmente stimolino in qualche modo l'emuntorio renale. La maggior parte degli autori tedeschi non avendo trovato alcuna lesione degli epiteli renali, ammette una abnorme permeabilità degli endoteli dei capillari dei glomeruli, dovuta probabilmente a impoverimento in lipoidi delle membrane cellulari. Ma ciò dovrebbe valere in eguale misura anche per gli altri emuntori; inoltre questo modo di vedere contrasta col concetto dell'attività degli epiteli renali nella funzione dell'eliminazione dell'acqua. Non mi sembra impossibile pensare ad alterazioni biochimiche nelle cellule renali, non dimostrabili istologicamente, eventualmente ad alterazioni delle membrane epiteliali da impoverimento in lipoidi. Del resto alterazioni nella secrezione renale, in diminuzione ed in aumento, avvengono, come è ben noto, per vari stimoli meccanici o chimici; noi le attribuiamo ad azione nervosa, ma non sappiamo nulla delle modificazioni che pure devono intervenire sia pure transitoriamente, nel parenchima renale. E la sensazione dell'imperiosità del bisogno d'urinare, dovuta alla quasi fulminea secrezione di gran copia d'urina, che spesso provai nei mesi della poliuria, è identica a quella che si prova talvolta dopo la ingestione di certe qualità di birra o di caffè. Si potrebbe forse pensare che sostanze prodotte in abnorme quantità nel catabolismo dei proteidi del corpo (aumento della creatina e della creatinina!) esercitino un'azione diuretica analoga a quella prodotta p. e. dalla caffeina.

***

La patogenesi degli *edemi* è uno dei problemi più complicati della patologia. Accanto alle due concezioni più antiche dell'aumento della pressione capillare (Ludwig) e della permeabilità capillare (Cohnheim e Lichtheim) sono sorte in epoche più recenti, in parte con uti-

lizzazione di questa seconda teoria, molte nuove concezioni. Alcuni attribuiscono l'azione idropigena a sostanze che il rene insufficiente non può eliminare (Ambard, Noorden, Koranyi, ecc.), altri a sostanze tossiche elaborate dai tessuti per varie alterazioni di nutrizione e che trattengono l'acqua, che perciò non giunge ai reni (teoria extrarenale dell'edema, Ascoli, Volhard, Timofeew, ecc.); chi vede la causa dell'edema in un'alterata elasticità dei tessuti (teoria di Landerer e Reichel), chi in un'aumentata idrofilia dei tessuti, dovuta ad acidosi (Fischer); finalmente l'Eppinger prendendo alcuni elementi da varie fra queste teorie, ritiene che l'azione idropigena sia esercitata da albumina trassudata dai capillari alterati e non abbastanza rapidamente scissa per insufficienza tiroidea.

L'edema da fame viene da quasi tutti gli autori tedeschi interpretato come edema di origine extrarenale per alterata funzione dei capillari dilatati e abnormemente permeabili in seguito al depauperamento in lipoidi (Maase e Zondek, Pollag, ecc.). Schittenhelm e Schlecht lo interpretano in via generale come dovuto all'alterata funzione dell'organismo, in particolare essi dànno importanza all'ipofunzione degli organi circolatori e come fattore determinante alla ricchezza del vitto in acqua e sale assieme.

Nè un'origine da aumento di pressione capillare, nè una genesi da insufficienza renale può essere ammessa; la prima, perchè pur mancando misurazioni dirette della pressione capillare, a questa difficilmente può pensarsi data la diminuzione della pressione arteriosa e la nessuna modificazione della pressione venosa, la seconda per l'eccellente funzionalità renale. Contro la teoria di Fischer fu giustamente osservato che essa potrebbe spiegare una idropisia delle cellule dei tessuti, non quella degli spazi intercellulari.

Una diminuzione dell'elasticità dei tessuti potrebbe nel nostro caso avere maggiore ragione d'essere ammessa che in ogni altro come conseguenza della scomparsa del tessuto adiposo e dell'atrofia di ogni altro tessuto; ma essa può invocarsi al massimo come fattore coadiuvante, essendo troppi i casi d'estremo dimagrimento, anche nella nostra stessa malattia, nei quali l'edema non compare. Questa stessa ragione rende esitanti ad accettare l'interpretazione, già per sè stessa molto teorica, data dagli autori tedeschi, della esclusiva insufficienza capillare. Essi, che già spiegano la poliuria come causata da insufficienza dei capillari renali, non possono dirci perchè per lungo tempo e in moltissimi casi esclusivamente persista questa sola e solo in alcuni casi, improvvisamente, per un fattore accessorio come il freddo o un aumento di lavoro, si stabilisca l'insufficienza capillare nei connettivi.

Molto meglio mi sembra di poter pensare che mentre i reni compiono già un enorme lavoro eliminando, con grandi quantità d'acqua e di sali minerali, gli abbondanti prodotti del catabolismo organico esagerato, un rapido aumento di questi debba provvisoriamente richiamare in sito, negli stessi tessuti, l'acqua occorrente al loro equilibrio osmotico, nel modo come lo illustra la teoria di Volhard, salvo ad aversi una rapida eliminazione dell'acqua e dei prodotti tossici disciolti appena cessati i fattori dello squilibrio. È perciò che il riposo a letto fa da solo scomparire gli edemi con una rapidità ignota in ogni altra malattia. Ed è probabile che un'enorme permeabilità dei capillari renda possibile la rapidità della formazione e del riassorbimento dell'edema. Con questa genesi dell'edema si accorda anche ben meglio che non con quella da sola permeabilità capillare l'interessante reperto degli stessi Maase e Zondek, che il liquido dell'edema da fame, anche quando è abbondantissimo, contiene di fronte ad un tasso d'albumina che è un terzo di quello dell'edema da nefrosi, l'azoto totale in eguale e quello ammoniacale nelle doppie proporzioni di quello. Della teoria dell'Eppinger non va forse però trascurata l'influenza attribuita alla tiroide come fattore acceleratore del catabolismo, essendo stata questa ghiandola trovata atrofica molte volte nei casi di edema da fame e clinicamente (così in alcuni miei casi) e al tavolo anatomico. Il Lenz crede perfino che quest'atrofia tiroidea e il corrispondente rallentamento del ricambio siano nella sindrome da fame utili compensazioni, delle quali l'edema sarebbe uno sgradevole fenomeno concomitante.

CONCLUSIONI.

In base ad alcuni casi di edema da fame osservati fra prigionieri di guerra italiani in Germania l'A. ne descrive la sindrome, consistente nella triade: bradicardia, poliuria ed edema nei casi conclamati, nei due primi sintomi soli nei casi frusti e discute la patogenesi dei singoli fenomeni, riferendo i due primi ad intossicazione rispettivamente del cuore e della cellula renale, l'ultimo ad un richiamo d'acqua quale solvente degli aumentati prodotti del catabolismo cellulare. L'articolo è anche una rivista sintetica dei molti lavori sull'argomento.

BIBLIOGRAFIA.

Monografie:

SCHITTENHELM e SCHLECHT. *Die Oedemkrankheit.* — Berlin, Springer, 1919.
POLLAG. *Die Oedemkrankheit.* — Berlin, Hirschwald, 1920.
MAASE e ZONDEK. — Leipzig, Thieme, 1920.
EPPINGER. *Zur Pathologie u. Therapie d. menschl. Oedems.* — Berlin, Springer, 1917.
BENEDIKT. *The influence of inanition on metabolism.* — Washington, 1917.

Inoltre:

SCHIFF. Wiener kl. Woch., 1917, n. 22 e 48.
GERHARTZ. Deutsche med. Woch, 1917, n. 17.
V. IAKSCH. Wiener med. Woch, 1918, n. 23.
JANSEN. Münch. med. Woch., 1918, n. 1 e 34.
MALIWA. Wiener kl. Woch., 1917, n. 47, e 1918, n. 35.
HÜLSE. Münch. med. Woch., 1917, n. 28.
KNACK e NEUMANN. Deutsch med. Woch., 1917, n. 29.
MORLITZ. Münch. med. Woch., 1919, n. 30.
LEWY. Münch. med. Woch., 1919, n. 34.
DÖLLNER. Münch. med. Woch., 1917, n. 20.
BOENHEIM. Münch. med. Woch., 1917, n. 27.
RUMPEL. Münch. med. Woch., 1915, n. 30.
RUMPEL e KNACK. Deutsche med. Woch., 1916, n. 44-47.
MAYER e SCHAEFFER. Journ. de Phys. et Path. gén., 1914, n. 1 e 23.
VOZARIK. Pflügers Arch., 1906, Bd. 111, p. 526.
MAIGNON F. C. R. Soc. de Biol., 3 maggio 1919; Journ. de Phys. et Path. gén., 1919, T. 18, n. 1.
KOHMAN. Amer. Journ. of Phys., vol. LI, n. 2, 1920.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI TORINO.
Direttore: colonn. medico: R. MARRAS.
(Reparto Medicina).

Lo zolfo colloidale per via endovenosa nel reumatismo articolare acuto

per il dott. FRANCESCO VIOLA.

Tentare una terapia nuova in una malattia la quale, come il R. A. A., ha nei salicilici un rimedio quasi specifico, pare a tutta prima una fatica ardua, se non vana, tale da far desistere dall'impresa qualunque studioso. — Pur tuttavia — come la cinconina non ha per nulla detronizzato i meravigliosi effetti della chinina nella febbre palustre, dovendosi usare appunto nei casi in cui per una speciale idiosincrasia (emoglobinuria) non si può ricorrere al rimedio specifico, così lo zolfo colloidale, che io, seguendo le mosse dei Francesi, ho adoperato in alcuni casi di R. A. A., quantunque non menomi per nulla l'azione dei salicilici, ciò non pertanto per le ragioni che verrò esponendo, la sua efficacia deve essere tenuta presente, nei casi specialmente d'intolleranza verso questo rimedio.

***

È risaputo che i metalli colloidali furono introdotti in terapia da Alberto Robin secondo il concetto naturalistico di Ippocrate di non affrontare l'agente causale della malattia, ma di stimolare l'attitudine dell'organismo a difendersi e ad apporre una barriera all'aggressione delle tossine infettive.

La loro azione si esplica sull'idrolisi, sulla disidratazione, riduzione ed ossidazione, fenomeni chimici che si svolgono nel protoplasma e nei plasmi pericellulari e la cui aumentata energia si traduce con una leucocitosi intensa e clinicamente si rende evidente colla scomparsa della febbre, con una notevole scarica di urea, acido urico ed indolo e coll'aumento del coefficiente d'utilizzazione azotato.

I metalli colloidali s'ottengono per via fisica e per via chimica. I primi, detti metalli colloidali elettrici perchè ottenuti col metodo di Bredig che consiste nel far scoccare l'arco voltaico tra due elettrodi, sono costituiti da filamenti del metallo di cui si vuole ottenere la soluzione immersi in acqua più volte distillata e raffreddata. Sono questi assolutamente puri e si possono ottenere sempre della stessa struttura e composizione. Gli altri, ossia quelli ottenuti con mezzi chimici, secondo il metodo usato per la prima volta da Carey-Lea, non sono mai puri e quindi di composizione e di azione incostante. I metalli colloidali, chiamati anche fermenti inorganici (Bredig) e fermenti metallici (Robin, Bardet), perchè hanno di comune coi fermenti il potere catalitico, esplicano sull'organismo questa duplice efficacia: antisettica e stimolante delle funzioni organiche.

A cagione appunto di queste loro proprietà essi trovarono un'indicazione in un gran numero di malattie infettive. Era naturale quindi pensare ad essi anche nella cura del R. A. A. sul quale nessuno, quantunque non si conosca ancora il suo preciso agente specifico, osa oggigiorno dubitare della sua origine infettiva. Furono così via via usati nella cura di questa malattia i più svariati metalli fra i quali l'argento e l'oro e più specialmente quest'ultimo sul quale il Grenet fa riposare delle virtù terapeutiche superiori agli stessi salicilici.

Fu il Maillard che nel 1913 attrasse l'attenzione sull'importanza fisiologica dello zolfo, elemento senza il quale nessuna delle sostanze proteiche del nostro organismo può costituirsi. Esso si trova nei succhi del nostro corpo, nella compagine dei nostri tessuti ed infine entra a far parte come acido candroitinsolforico nella costituzione delle cartilagini articolari e come componente della mucina nelle capsule arti-

colari. Ora pare (Maillard-Bourges) che nelle articolazioni malate di R. A. faccia appunto difetto lo zolfo per cui queste s'infiltrano di sali insolubili, così da scaturirne le alterazioni organiche e funzionali caratteristiche di questa malattia. Il Maillard pensò quindi che l'introduzione dello zolfo nell'organismo supplirebbe alla sua mancanza o deficienza e ristabilirebbe nell'economia l'equilibrio così importante della nutrizione solforata, e a confermare questa ipotesi il Bory riuscì a stabilire, con dosaggi successivi, che il perturbamento del metabolismo dello zolfo nella diatesi reumatica esplicantesi chimicamente con la deficienza dei solfati, fenolo-solfati e di zolfo libero nelle urine, va completamente e stabilmente reintegrandosi in seguito all'introduzione dello zolfo nell'organismo. Lo zolfo però, votato ad ossidarsi ed a trasformarsi in acido solforico residuo normale biologicamente inerte, e insolubile nei mezzi organici nelle sue varietà allotropiche di fiori di zolfo e di zolfo precipitato, non è utilizzabile se non nella sua qualità di zolfo libero da ogni combinazione con l'ossigeno a fine di entrare facilmente e utilmente nel cerchio delle reazioni biologiche.

Tale requisito per l'appunto è risolto dallo zolfo colloidale nel quale lo zolfo è allo stato libero in sospensione, in un liquido, di particelle infinitamente piccole (micelle) visibili solo all'ultra-microscopio; sempre simile a sè stesso, d'attività costante e rigorosamente dosato.

***

Dopo le ricerche di Maillard e Bourges, preconizzate da Bory, Looper e Wahram ed in seguito Massalango e Vivaldi furono i primi ad usare lo zolfo colloidale nella cura del R. A. A. ottenendone brillanti risultati in grazia a processi termici e transpiratorii, i quali esaltano il primo il processo di difesa contro l'assalto dei microbi patogeni e liberano, il secondo, rapidamente l'organismo da una notevole quantità di tossine prodotte dall'infezione (Massalango e Vivaldi).

Per le mie esperienze mi sono valso del sulfosolo dell'Istituto Chimico-Opoterapico I.C.O. di Bologna, il quale è uno zolfo colloidale rappresentato da quella modalità che in chimica è detta forma α, cioè di granuli finissimi che danno soluzioni giallo-paglierine — a differenza di quello detto della forma β, il quale è costituito da granuli più grossi e biancastri — e che è di gran lunga più attivo appunto perchè l'intensità e la costanza dell'azione chimica e farmacologica dei metalli colloidali è direttamente proporzionale alla finezza dei loro granuli.

Ho usato il sulfosolo in 9 casi di R. A. A.: casi di speciale gravità non tanto per l'altezza della temperatura, quanto per l'intensità dei dolori, la tumefazione cospicua e la molteplicità delle articolazioni colpite.

In generale non ho superato il n. di 3 iniezioni da 1 cc. facendo queste preferibilmente al mattino. Le iniezioni furono quotidiane o a giorni alterni.

La vena prescelta è quasi sempre stata la mediana cefalica o basilica.

Ecco in breve le storie cliniche dei miei a.:

CASO I. — Soldato Uberti Giuseppe, letto n. 125, del 5° Artiglieria Campagna (Venaria Reale), di Cellatica (Brescia): entra il 24 gennaio 1920. Anamnesi famigliare muta. Sofferse di R. A. A. tre anni fa.

La presente malattia esordì alcuni giorni prima con febbre, tumefazione e dolenzia vivissima alle giunture.

All'esame obiettivo si constata: edema ed arrossamento diffuso periarticolare alle ginocchia. Non segni di versamento. I movimenti attivi e passivi risvegliano forti dolori. L'a. si lagna pure di dolori alla spalla, la quale però non presenta nulla di anormale. (T. 39°.5).

Nulla di notevole al cuore ed agli altri apparati.

26 gennaio — 1ª *iniezione endovenosa di sulfosolo.* — Condizioni stazionarie. Lieve aumento della temperatura.

27 gennaio — 2ª *iniezione endovenosa di sulfosolo.* — Temperatura stazionaria. Diminuiti notevolmente i dolori. Tumefazioni articolari in via di regressione.

28 gennaio — 3ª *iniezione endovenosa di sulfosolo.* — Temperatura subfebbrile. Dolori quasi completamente scomparsi.

29-30 gennaio. — Dolori scomparsi. Movimenti liberi. Apirettico.

CASO II. — Soldato Brignoli Antonio, della Scuola d'Applicazione d'Artiglier. Classe 1901. Distretto di Bergamo. Entra in reparto l'8 febbraio 1921. Letto n. 97. Madre morta a 33 anni. Soffrì di bronchite a 10 anni e di influenza nel 1915. Non sofferse mai di R. A.

La presente malattia risale a tre giorni avanti il suo ingresso all'ospedale. Presenta tumefazioni diffuse con arrossamento alle articolazioni delle ginocchia, radio-carpiche e tibio-astragalee. Dolori violenti. Febbre.

10 febbraio — *Iniezione endovenosa di sulfosolo.* — Mitigati notevolmente i dolori subito dopo alcune ore dall'iniezione.

11-12 febbraio. — Apirettico. Movimenti liberi ed indolenti. Tumefazioni scomparse. Nulla ai visceri.

CASO III. — Soldato Gasparini Emilio, del 50° Fanteria. Classe 1901, di Pagnacco (Udine). Entra in reparto il 23 gennaio 1920. Un fratello ed una sorella morti in tenera età. A otto anni si ammalò di pleurite essudativa. È ammalato da alcuni giorni. Presenta: edema pastoso con arrossamento alle ginocchia e alle articolazioni tibio-astragalee. Dolori violenti. Febbre.

Caso 1° Sold. Uberti Gius. Letto N° 125

G. d. m.	1	2	3	4	5	6	7	8
Dolore T.	24/1	25	26	27	28	29	30	31

Iniezione sulfosolo — Iniezione sulfosolo — Iniezione sulfosolo

Caso 2° Sold. Brignoli R. Letto N° 97

1	2	3	4	5	6	7
9/2	10	11	12	13	14	15

Iniezione sulfosolo

Caso 3° Sold. Gasparini E. Letto N° 136

1	2	3	4	5	6	7
24/1	25	26	27	28	29	30

Iniezione sulfosolo — Iniezione sulfosolo — Iniezione sulfosolo

Caso 4° Capor. Tourn M. Letto N° 133

1	2	3	4	5	6	7	8	9
5/2	6	7	8	9	10	11	12	13

Iniezione sulfosolo — Iniezione sulfosolo

Caso 5° Sold. Sonelli B. Letto N° 127

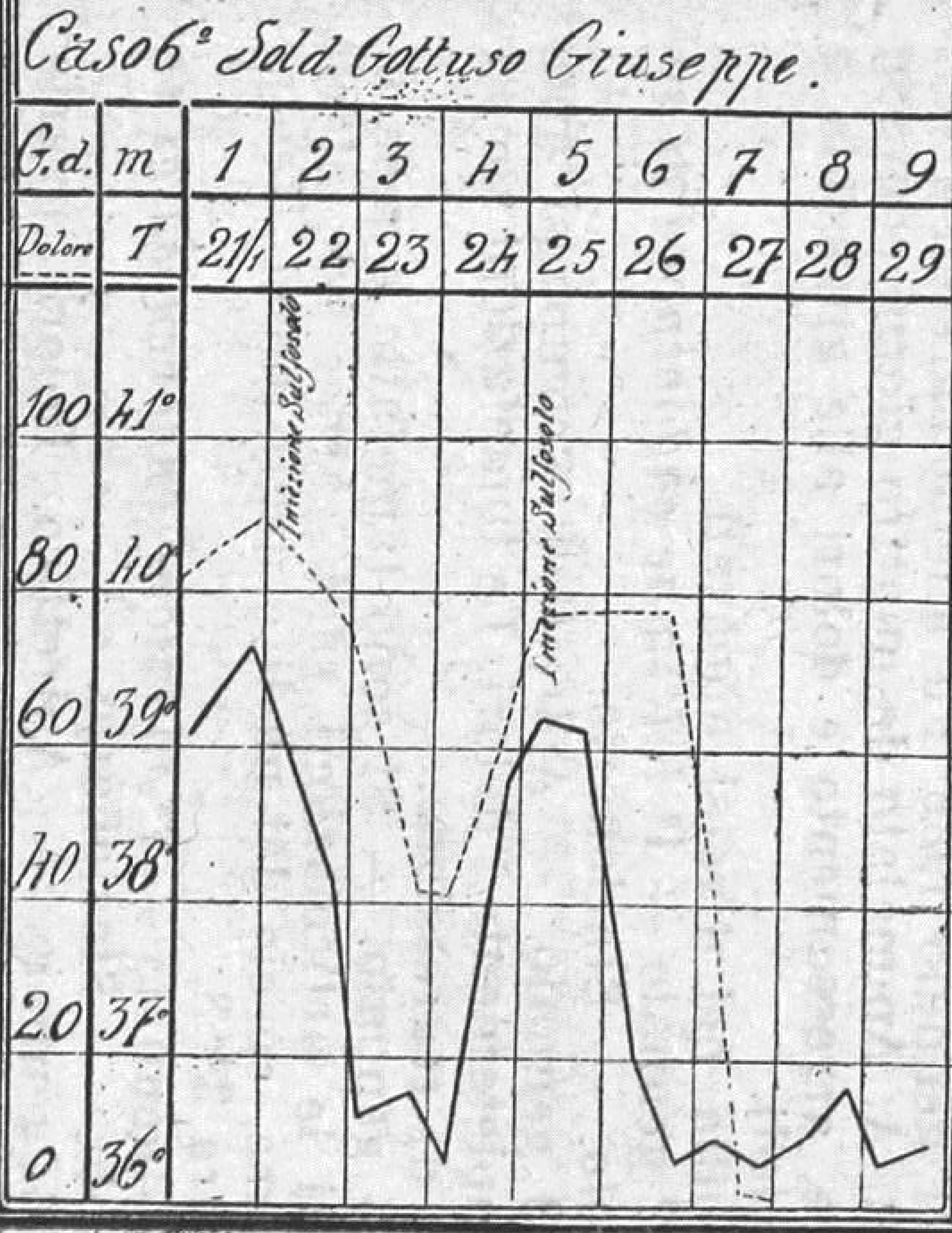
1	2	3	4	5	6	7	8	9
8/2	9	10	11	12	13	14	15	16

Iniezione sulfosolo

Caso 6° Sold. Gattuso Giuseppe.

G. d. m.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dolore T.	21/1	22	23	24	25	26	27	28	29

Iniezione sulfosolo — Iniezione sulfosolo



Caso 8° Sold. Troletti B. Letto N° 123

1	2	3	4	5	6	7	8
31/12	1/1	2	3	4	5	6	7

Iniezione sulfosolo — Iniezione sulfosolo — Iniezione sulfosolo — Iniezione sulfosolo

Caso 9° Sold. Bertini Orlando Letto N° 84.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
21/1	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1/2	2/2

Iniezione sublimato — Iniezione sublimato — Iniezione sublimato — Iniezione sublimato — Iniezione sublimato — Iniezione sulfosolo — Iniezione sulfosolo — Iniezione sulfosolo

Scala: 100 41° — 80 40° — 60 39° — 40 38° — 20 37° — 0 36°

24 gennaio — 1ª *iniezione endovenosa di sulfosolo.* — Lieve reazione termica. Stazionario.

25 gennaio — 2ª *iniezione endovenosa di sulfosolo.* — Migliorato. Dolori diminuiti alquanto.

26 gennaio — 3ª *iniezione endovenosa di sulfosolo.* — Apirettico. Dolori e tumefazioni articolari scomparsi. Nulla ai visceri.

CASO IV. — Caporale Tourn Mario. Classe 1899. Matricola 9226. Distretto di Pinerolo di Rorà (Pinerolo): del 1° Artiglieria Montagna. Entra il 4 febbraio 1921.

È la terza volta che soffre di R. A. Presenta tumefazione diffusa con arrossamento ai pugnetti e alle ginocchia. Dolore vivissimo ed urente alla minima pressione ed al più piccolo movimento. Nulla agli altri apparati.

7 febbraio — 1ª *iniezione endovenosa di sulfosolo.* — Stazionario. Nessuna reazione.

9 febbraio — 2ª *iniezione endovenosa di sulfosolo.* — Dolori completamente scomparsi dopo 10-12 ore. Quasi apirettico. Tumefazioni notevolmente regredite.

10 febbraio. — Apirettico, l'a. si sente bene.

11 febbraio. — Si sono tumefatte ed arrossate notevolmente le articolazioni tibio-astragalee, specie la destra. Dolori vivissimi. Apiressia.

12-13 febbraio. — Scomparse le tumefazioni e svaniti i dolori anche in queste articolazioni. Apirettico. Completamente guarito. Nessuna complicazione.

CASO V. — Soldato Sonetti Bortolo. Classe 1901. 5° Artiglieria Camp. Matric. 30510, di Cortenedolo (Edolo). Entra l'8 febbraio 1921. Professione contadino, Padre morto a 52 anni di polmonite. Sofferse a 18 anni di bronchite. Ammalato da quattro giorni. Presenta: Tumefazione e rossore al ginocchio destro ed ai pugnetti. Dolori vivi. Ha febbre.

9 febbraio — *Iniezione endovenosa di sulfosolo.* — Nessuna reazione. Stazionario.

10 febbraio. — Migliorato notevolmente.

11 febbraio. — Apirettico. Scomparsi i dolori e le tumefazioni. Nulla al cuore. L'ammalato è completamente ristabilito.

CASO VI. — Soldato Gottuso Giuseppe di Battista e Cetardo Maria, del 5° Artiglieria Campagna. Classe 1901. Matricola n. 33033. Distretto 33 (Palermo). Contadino. Entra in reparto il 21 gennaio 1921. Fu affetto parecchie volte di R. A. Ammalato da quattro giorni con gonfiore, arrossamento e dolori alle ginocchia ed ai piedi.

Nulla nei diversi apparati.

22 gennaio — 1ª *iniezione endovenosa di sulfosolo.* — Stazionario.

23 gennaio. — Apirettico. Scomparsi quasi completamente i dolori. Le tumefazioni sono in via di regressione.

24 gennaio. — Si sono tumefatte e rese dolenti le articolazioni radio-carpee ed interfalangee, specie dei medi e degli indici. Temperatura 38°.8.

25 gennaio — 2ª *iniezione endovenosa di sulfosolo.* — Stazionario.

26 gennaio. — Apirettico. Dolori invariati alle mani.

27 gennaio. — Apirettico. Dolori completamente svaniti. Tumefazioni in via di regressione.

CASO VII. — Soldato Buggia Giacomo, 4° Bersaglieri. Distretto 41 di Cantoire (Valle Lanzo). Contadino. Madre morta di bronchite, padre di accidente. Proviene dal reparto Neuropatologico dove era ricoverato per ischialgia.

Presenta le ginocchia tumide, arrossate e dolenti. Nulla ai vari apparati. Ha febbre.

28 gennaio — 1ª *iniezione endovenosa di sulfosolo.* — Dolori invariati. Notevole defervescenza della temperatura.

29 novembre. — Apirettico. Dolori scomparsi. Tumefazioni regredite.

30 novembre. — L'ammalato si sente bene. Apirettico.

1 dicembre. — Nuovo rialzo della temperatura con arrossamento e gonfiore dei pugnetti. Dolori moderati.

2ª *Iniezione endovenosa di sulfosolo.*

2 dicembre. — Stazionario.

3 dicembre. — Apirettico. Scomparsi i dolori. Le tumefazioni sono in via di regressione.

4 dicembre. — L'ammalato è completamente guarito.

CASO VIII. — Soldato Troletti Bortolo. 1° Battaglione Genio Zappatori. Classe 1901. Ferroviere. Matr. 31213. Distretto Brescia. Entra il 30 dicembre 1920. Ammalato da cinque giorni. Presenta le articolazioni dei gomiti e delle ginocchia arrossate, tumide e dolenti. Nulla ai diversi apparati. Ha febbre.

31 dicembre 1920. — 1ª *iniezione endovenosa di sulfosolo.*

1 gennaio 1921. — Dolore invariato. Temperatura subfebbrile.

2ª *Iniezione endovenosa di sulfosolo.*

3 gennaio 1921. — Dolori scomparsi. Temperatura subfebbrile. Notevolmente migliorato.

3ª *Iniezione endovenosa di sulfosolo.*

5 gennaio — 4ª *iniezione endovenosa di sulfosolo.* — Apirettico.

7 gennaio. — Completamente ristabilito.

CASO IX. — Soldato Bertini Orlando, 5° Genio Minatori (Torino), classe 1900, distretto di Siena, telegrafista. Entra in reparto il 20 gennaio 1921. Sofferse nel 1918 di R. A. A. Attualmente è ammalato da 4 giorni con tumefazioni e rossore alle ginocchia, ai piedi, ai pugnetti. Accusa dolori violentissimi. Temperatura 39°.8.

Respiro aspro su tutto l'ambito polmonare. Nulla al cuore.

Essendo sprovvisti del preparato si praticano quotidianamente 5 iniezioni endovenose di 5 mgr. ciascuna di sublimato alla Baccelli.

I dolori e le tumefazioni alle giunture non scompaiono. Anzi la T. permane alta e compare sfregamento pericardico e sintomi di congestione polmonare. Nei giorni 27, 28, 29 si praticano 3 *iniezioni endovenose* quotidiane di *sulfosolo.*

L'ammalato ne risente subito il benefico effetto colla scomparsa completa dei dolori e delle tumefazioni alle giunture. Notevole ripristino del tono generale. Anche la temperatura si abbassa. Lo sfregamento pericardico è pure quasi scomparso. Il 1° tono alla punta però è oscuro, lontano e preceduto da un soffio « en jet de vapeur ».

I fenomeni di congestione polmonare sono invariati. Devo notare che in questo caso furono pure praticati numerosi clisteri salicilici.

Attualmente l'ammalato è ancora degente in reparto.

***

Dalla disamina dei casi suesposti si rileva che lo zolfo colloidale per via endovenosa provoca:

a) Il dileguarsi in capo a 20-30 ore e completamente dei dolori. È questo il fatto precipuo, più éclatant, che segue immediatamente all'iniezione endovenosa di zolfo colloidale. I pazienti, nei quali il più lieve toccamento suscitava dolori violentissimi che si accentuavano straordinariamente nei movimenti attivi e passivi, si sentono in poco tempo liberati dai loro dolori, muovono attivamente le loro giunture con sollievo, si ristabiliscono nelle condizioni generali;

b) scomparsa generalmente per lisi, ed in un coi dolori, della febbre;

c) regressione rapida delle tumefazioni articolari;

d) abbreviamento notevole del decorso della malattia. In alcuni casi già alla prima iniezione o alla seconda, più di rado alla terza, l'a. si sente liberato dai suoi disturbi e potrebbe alzarsi da letto;

e) la sua attività si esplica specialmente e più efficacemente nei primi stadi della malattia evitando le complicanze viscerali così frequenti e così temibili (specie nei reliquati) del R. A. A. In nessuno infatti degli ammalati, dei quali qualcuno soffrì in antecedenza di altri attacchi di R. A., non ho mai notato la comparsa di fenomeni viscerali alle sierose;

f) ha scarsa efficacia nel reumatismo avanzato e complicato.

Nel caso n. 9, quantunque nella cura mi sia valso pure del sublimato, dei salicilici e dei cardiocinetici, è evidente (vedi diagramma) la benefica influenza che ha esercitato il sulfosolo sui dolori e sulla temperatura, mentre nello stesso tempo risulta la sua inefficacia sulle complicanze.

Concludendo:

1° Lo zolfo colloidale per via endovenosa nel R. A. A. ha proprietà terapeutiche che riposano in riconosciute qualità fisico-chimiche e biologiche comuni coi metalli colloidali in genere, qualità determinanti una iperleucocitosi polinucleare, la quale è la migliore arma di difesa cellulare che oppone l'organismo vivente all'invasione dei germi (Teoria fagocitaria di Metchnikoff), per di più la sua introduzione nell'organismo serve a reintegrare la deficienza di zolfo riscontrata nelle articolazioni affette (Maillard e Bourges).

2° I risultati che si ottengono quando le iniezioni vengono praticate precocemente si esplicano:

a) col far scomparire in capo a poche ore il dolore, la temperatura e la tumefazione;

b) coll'abbreviare notevolmente il decorso della malattia;

c) coll'evitare le complicanze viscerali.

3° Le reazioni generali che danno le iniezioni endovenose di zolfo colloidale sono trascurabili. Questi risultati quindi non concorderebbero con quelli ottenuti dai vari autori, fra i quali il Robin, che fanno riposare le virtù terapeutiche di metalli colloidali in genere sulla loro reazione, ma conformerebbero le vedute di Maillard circa il ristabilirsi del *deficit* solforato.

4° Tali iniezioni hanno limitata efficacia nei casi di R. A. A. avanzato e complicato.

Esposte queste conclusioni di una importanza reale, ma relativa, ripeterò cogli altri autorevoli esperimentatori che le iniezioni endovenose di zolfo colloidale non vanno per ora elette a metodo di cura e quindi non si devono usare sistematicamente in ogni R. A. A.

I salicilici quantunque di azione più lenta sono più sicuri perchè suffragati dall'alea di una indiscussa e lunga serie di successi, mentre lo zolfo colloidale ha una storia recente e le sue virtù terapeutiche, quantunque non debbano essere dimenticate o misconosciute, necessitano di altre ricerche ed esperienze per entrare sempre di più nella pratica comune.

BIBLIOGRAFIA.

Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche: *L'olio solforato*, n. 62, 1919.

Riforma Medica, n. 43, anno 1920, 23 ottobre: *Le iniezioni endovenose di zolfo colloidale nella cura dell'artrite reumatica.*

Terapeutica. Bollettino bibliografico Internazionale di Farmacologia clinica, n. 1, 1920: *Un nuovo medicamento: Sulfosolo;* n. 2, 1920: *Sopra il sulfosolo.*

Presse médicale, n. 37, agosto 1915: LOEPER e WAHRAM: *Les injections intraveneuses de soufre colloïdal dans le rhumatisme articulaire aigu.*

Presse médicale, n. 50, 27 ottobre 1915. H. GRENET: *Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les injections intraveneuses d'or colloïdal.*

Presse médicale, 2 settembre 1915. LOUIS HEYN: *Résultats satisfaisants de l'administration intrarectale du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.*

ROBIN et MAILLARD (Paris): *La nutrition sulforée dans la thérapeutique. Traitement du rhumatisme cronique par le soufre colloïdal.* Bull. Acad. Médecine, 1913, LXX, 447, 457.

La Riforma Medica, 1916, XXXII, 781, 790. R. MASSALANGO e S. VIVALDI (Verona): *Le iniezioni endovenose di zolfo colloidale nel reumatismo poliarticolare acuto e cronico.*

LEUBE G. *Diagnostica differenziale delle malattie interne.*

Medicamenta, anno 1914. *Dei sieri vaccini e prodotti opoterapici.* I. S. M.

GILBERT e CARNOT. Biblioteca di Terapia. *Medicazioni Generali.*

BOURGES. Bulletin général de thérapeutique, n. 9, anno 1919.

SUNTI E RASSEGNE.

TERAPIA.

Precauzioni necessarie nella scelta di un datore per la trasfusione del sangue.

(L. I. UNGER. *Journ. of the Americ. medical Association.* Tomo LXXVI, n. 1, 1921).

La pratica della trasfusione di sangue ha rivelato che esiste talora una incompatibilità tra il sangue del datore e il sangue del recettore, la quale può provocare degli accidenti pericolosissimi, talora mortali. Ciò è dovuto al fatto che non esiste sangue d'uomo che sia assolutamente simile al sangue di altr'uomo. Moss ha dimostrato che degli individui della specie umana se ne possono fare quattro gruppi sanguigni, caratterizzati per le loro reazioni reciproche di agglutinazione. Fanno parte di uno stesso gruppo tutti gli individui di cui i sangui non s'agglutinano fra loro e che hanno sui sangui degli altri gruppi le stesse proprietà agglutinanti.

La prova preliminare dell'agglutinazione, che permette di derminare il gruppo a cui appartiene il paziente e di potergli così iniettare il sangue di un datore dello stesso gruppo, ha fatto allontanare i pericoli di gravi accidenti nella trasfusione. Tuttavia, anche se in linea generale i sangui dei datori e dei recettori d'uno stesso gruppo sono perfettamente compatibili fra loro, accade spesso (come ha potuto osservare l'A. in numerose sue esperienze) che si produce, quando si mescolino insieme i loro sangui, qualche ammasso dovuto all'agglutinazione delle emazie, e, quando si adoperino di questi datori, nonostante l'identità di gruppo, si osservano dopo la trasfusione delle reazioni tali che brividi e febbre indicano agglutinazione nel sangue dei recettori. A lato delle agglutinine principali che caratterizzano il gruppo, esistono adunque delle agglutinine accessorie, come in batteriologia esistono delle coagglutinine di gruppo e delle agglutinine dotate di una specificità più stretta.

Così, prima di eseguire una trasfusione, l'A. consiglia non solo di determinare il gruppo al quale appartiene il paziente, ma ancora di provare direttamente il sangue del recettore messo a contatto con quello del datore. La formazione di pile di globuli non ha nulla a che vedere con la vera agglutinazione e non comporta conseguenze nocive per il recettore.

L'A. ha potuto costatare che le agglutinine mancano spessissimo nei bambini della più tenera età; 13 % soltanto di neonati ne sono provvisti. Similmente in questi l'agglutinabilità delle emazie non si riscontra che nel 25 % dei casi di fronte al 50 % dei casi negli adulti. D'ordinario essa appare più precocemente delle agglutinine. È tra il 3° e il 4° anno di età che si stabiliscono le proprietà definitive del sangue. Praticamente la scelta di un datore per la trasfusione in un lattante è dunque una cosa agevole poichè le emazie della maggior parte dei fanciulli al disotto dei sei mesi non sono agglutinabili e il loro siero non contiene agglutinine: ogni datore è allora compatibile e la prova dell'agglutinazione diviene inutile.

Si è spesso detto che il sangue della madre è sempre compatibile con quello del suo figliuolo: in realtà l'A. ha costatato talora l'incompatibilità ed egli crede che possa esser dannoso praticare la trasfusione da madre a figlio senza un esame preliminare del loro sangue. I diversi bambini, poi, di una stessa madre possono appartenere a gruppi sanguigni differenti.

E. BENEDETTELLI.

La trasfusione del sangue in ostetricia e ginecologia.

(C. WILLIAMSON. *The Amer. Journ. of Obst. and Ginec.*, novembre 1920).

Mercè l'uso della tecnica attuale la trasfusione del sangue, per consenso della maggior parte dei medici, è entrata definitivamente nella Terapia. Emorragie, anemie secondarie, talune emodiscrasie sono il suo campo di azione.

I metodi fondamentali sono due: l'uno dell'iniezione di sangue inalterato, l'altro dell'iniezione di sangue reso incoagulabile dall'aggiunta di citrato di sodio. La scelta di essi poggia non su considerazioni teoriche, dimostratesi in clinica insussistenti, ma solamente sulla facilità con la quale il sangue può essere procurato.

Abbiamo una via *diretta* di trasfusione, allorquando la vena del donatore si pone in diretto rapporto con una vena del recettore; essa è difficile e tediosa, mentre non permette di misurare la quantità del sangue che viene adoprato; e una via *indiretta*, allorquando si adopera un tipo qualsiasi di siringa, p. e. del Lindemann, o meglio di tutto una siringa a doppio uso aspirante e premente dell'Unger.

Il metodo al citrato di soda e questa siringa mettono ogni medico in condizione di praticare la trasfusione del sangue.

Se le prime trasfusioni furono pericolose, perchè non era ancora ben nota la condizione

fisiopatologica dell'isoagglutinazione e dell'isoemolisi, ora non è più così. Se si potesse avere un gruppo di donatori per ognuno dei quattro gruppi di sangue, che lo Jansky intuì e il Moss ha confermato, sarebbe l'ideale; magari alcuni così detti donatori universali buoni per tutti i casi. Ma, poichè ciò non sempre è possibile, si può praticare *un saggio preliminare* del donatore col metodo Ewing. Si adoperano due pipette da corpuscoli bianchi del sangue, si riempiono, previo risciacquamento con soluzione al 10 % di citrato di soda, la prima con sangue del donatore fino alla seconda divisione del tubo, con sangue del ricettore fino al segno uno, con soluzione di citrato di soda fino al segno undici, la seconda con sangue in proporzioni inverse. Si tengono per 5-10' a temperatura di 37°, quindi una piccola goccia si pone su di un vetrino, si copre con un coproggetti, e si esamina con microscopio a piccolo ingrandimento. Se si nota agglutinazione, specialmente nella prima pipetta, si respinge il donatore. Si può obbiettare a questo metodo che la prima diluzione è troppo forte, e ciò teoricamente è vero, ma esso non ha dato inconvenienti in due anni che viene usato al Memorial Hospital.

È importante che il donatore non sia sifilitico, e perciò è bene che sia uno dei parenti più prossimi al recettore, accuratamente studiato dal punto di vista della sifilide. La R. Wassermann può essere di aiuto.

L'apparato o la siringa per la trasfusione, con annesso cilindro graduato, bacchetta di vetro, imbuto di vetro, tubi di gomma, ecc., devono essere prima lavati con soluzione al 2 % di citrato di soda. Il sangue viene quindi cavato dal donatore, raccolto nel cilindro graduato, e mescolato con soluzione al 2 % di citrato di soda nel rapporto volumetrico di 1:10 di sangue. Si entra nella vena non direttamente dalla puntura cutanea, ma un po' più in su di questa, dopo di aver un poco attraversato con la cannula il tessuto sottocutaneo, in modo da permettere poi un meccanismo simile a valvola, che gioverà contro l'emorragia. La miscela sia bene agitata, filtrata attraverso garza in bottiglia, donde poi verrà pompata con la siringa e immessa nella vena, avvertendo naturalmente di escludere tutta l'aria. È bene adottare una cannula larga, allorquando si cava il sangue.

I vantaggi del metodo sono la sua semplicità, in modo che solamente un medico e una infermiera possono eseguirlo; la possibilità d'iniettare sangue come si vuole rapidamente o lentamente; l'agio di poter mantenere il miscuglio ad una t. continua, durante l'operazione con l'immergere la bottiglia in un catino di acqua calda.

L'A. specifica le indicazioni e porta un contributo di osservazioni. La prima indicazione è ridare il sangue perduto per emorragie acute abbondanti.

Tre casi di emorragie ostetriche uno per placenta praevia, uno per inerzia uterina dopo un'applicazione di forcipe, un altro per rottura dell'utero, furono trattati prima con ipodermoclisi da 1-2 litri, e subito dopo con trasfusione di sangue da 400-500 cmc. La conta dei globuli prima e dopo otto ore dalla trasfusione segnò per lo più una differenza di 1,000,000 di emasie e del 15 % di emoglobina.

La seconda indicazione è di stimolare il sistema emopoietico in casi di malattie del sangue, neoplasie, anemizzanti.

Cinque casi di cui quattro carcinomi inoperabili dell'utero, e un vomito incoercibile, ebbero il trattamento della trasfusione. Tutti si giovarono dell'operazione: dopo otto giorni la conta dei globuli e il dosaggio dell'emoglobina mostrò le differenze favorevoli su esposte. Si arrestò anche l'emorragia uterina nel caso dei vomiti, il quale si avviava ad un parto prematuro spontaneo.

La terza indicazione è data dalla Diatesi Emorragica.

Due casi di Emorragie dei Neonati ed un caso di Porpora emorragica in gravidanza furono trattati. Il secondo neonato ebbe l'iniezione nel seno longitudinale. L'efficacia fu rapida in tutti.

La quarta indicazione è come preparazione ad atti operativi importanti. Non ha esperienza il nostro A. in proposito.

La quinta indicazione è data dalle varie Tossiemie.

Tre casi di tossiemia gravidica furono trattati. Il primo con tossiemia a tipo epatico con accentuata disidratazione, dopo un parto operativo si giovò della trasfusione. Il secondo non è da tener in conto perchè, essendosi durante la trasfusione manifestata cianosi con polso rapido e capillare, si dovette arrestarla. Il terzo con vomito incoercibile non se ne giovò, e si ricorse allo svuotamento dell'utero.

La sesta indicazione è come profilassi e cura della Sepsi.

In due casi dell'autore, nei quali fu usata, in uno come mezzo profilattico, nell'altro come mezzo curativo, la trasfusione del sangue risultò inefficace.

In tutti questi casi la trasfusione non fu seguita da reazione importante: in undici anzi mancò addirittura, in cinque seguì brivido con febbre fino a 38,8°. N. GENTILE.

La trasfusione del sangue nell'anemia perniciosa.

(I. M. Anders. *Amer. Journ. of the Medic. Sciences*, novembre 1919).

Note di patogenesi. — L'A. non tenta di risolvere il problema della genesi dell'anemia perniciosa. Al quale forse porterà aiuto la patologia comparata: per es., Seyderhelm ha dimostrato che iniettando un estratto delle larve dell'*Estrus equi* si producono sintomi caratteristici delle forme più gravi di anemia, che sarebbero provocati non da lipoidi emolitici, ma da frammenti non emolitici contenuti nel corpo delle larve in questione. Se queste vedute fossero esatte, non potrebbe essere del tutto abbandonata la teoria di una difettosa emogenesi, sebbene la lesione degli organi ematopoietici occupi nell' etiologia di questa malattia un posto meno importante che l'emolisi tossica. Infatti, il quadro ematologico nell'anemia perniciosa indica uno sforzo degli organi ematopoietici a compensare una attività emolitica insolita di origine ignota; e i grossi depositi di pigmento, specialmente nel fegato e nella milza, confermano la fatale distruzione di sangue

Ancora: la presenza di una abnorme quantità di urobilina nelle feci dimostra nell'anemia addisoniana una attività perniciosa di agenti emolitici; nelle anemie del tipo pernicioso che sono dovute a cause note, p. es. tumori maligni, delle tossine emolitiche sono probabilmente responsabili dello stato del sangue (Kuhlmann); Krehl e altri richiamano l'attenzione su una aumentata rigenerazione di eritrociti nell'anemia perniciosa, che si manifesta con la penetrazione nel circolo di globuli rossi immaturi, compresi i caratteristici megaloblasti. Sajous afferma che avviene emolisi ogni volta che dei tossici endogeni o esogeni compaiono nel sangue in quantità sufficiente per determinare una reazione difensiva: gli anticorpi che per questa si formerebbero, attaccherebbero così la tossina come le emazie.

Sulla base di moderne ricerche si è attirata l'attenzione sopra misure profilattiche, dopo aver accertato nel caso in specie il presumibile fattore etiologico. P. es., alcuni dànno capitale importanza alla sepsi orale, la quale peraltro provoca un tipo secondario di anemia. Barker e Sprunt raccomandano la rimozione di tutti i focolai d'infezione e consigliano dieta abbondante, arsenico e somministrazione di acido cloridrico subito dopo, di pancreatina e carbonato di calcio tre ore dopo il pasto: affermano che in uno speciale gruppo di casi questo trattamento rende superflua la splenectomia e la trasfusione di sangue.

Ma Leyton sostiene che le trasfusioni massive, salvo errori di tecnica, dànno la maggior probabilità di miglioramento agli anemici perniciosi; Archibald, nella clinica Mayo, ottenne miglioramenti nel 69 % di una serie di 20 casi, nel 50 % di un'altra di 14 in cui non era praticabile la splenectomia; Kimpton, che trasfuse più di 50 casi, ritiene che per questa malattia la trasfusione dà benefizi maggiori di qualsiasi altro trattamento.

È molto probabile che questi effetti benefici siano dovuti principalmente alla stimolazione di proprietà antiemolitiche, ed anche in parte all'aumentata attività del midollo osseo. Turk ritiene invece che il sangue introdotto, combinandosi con le sostanze emolitiche presenti, protegga il midollo, permettendogli di funzionare e ristabilire le cellule perdute.

Caso clinico — A. F., 65 anni, negoziante in ritiro. Primi sintomi il 10 marzo 1918. Rapido progressivo peggioramento fino al 1° maggio 1918. Al 19 maggio: emoglobina 20, emazie 720,000, leucociti 3400 (formula leucocitaria press'a poco normale); netta anisocitosi e poichilocitosi, predominio di megalociti, degenerazione policromatofila, pochissimi eritroblasti.

Il 24 maggio trasfusione di 500 cc. di sangue intiero, che era stato constatato compatibile, col metodo Roux-Turner. Nello stesso giorno lieve brivido, elevazione di temperatura a 38°, grande agitazione: da questi fatti il paz. si liberò presto con parecchie iniezioni di cloruro di adrenalina e di atropina. Seguì rapido miglioramento clinico; in una settimana l'infermo era fuori del letto.

Il 3 giugno il paz. ha ripreso la sua attività normale. Esame del sangue: Hb 40; emazie 2,050,000; leucociti 5400 (con lieve aumento dei linfociti piccoli e diminuzione dei polinucleati); modica anisocitosi (con predominio di megalociti); modica poichilocitosi. Migliorano anche i sintomi clinici. Iniezioni di arsenico e ferro. Il paz., rivisto il 18 novembre, affermava di non essersi mai sentito così bene da 15 anni; e una nuova conta dimostrava ancora un miglioramento (Hb 70; emazie 3,280,000; leucociti 5000).

Ma ai primi di gennaio si manifesta una ricaduta: il 23 gennaio il sangue era: Hb 60, emazie 1,700,000, leucociti 3600. L'8 marzo si ripete la trasfusione: quasi nessuna reazione, e miglioramento immediato, sebbene lento e graduale. Attualmente — 15 maggio 1919 — egli è tornato alle stesse condizioni del novembre 1918.

Rivista della letteratura. — Questo brillante risultato ha spinto l'A. a raccogliere e riesaminare i casi di questo genere pubblicati nell'ultima decade. Esso li riunisce in una

tavola alla quale rimandiamo per maggiori delucidazioni.

Il numero totale di 450 casi con 1084 trasfusioni è abbastanza grande per basarsi su un apprezzamento del valore terapeutico della trasfusione. Specialmente interessante è la durata della remissione così provocata, sebbene i rapporti troppo spesso tacciano sugli effetti del metodo.

Di 362 casi in cui è dato il risultato, 204, cioè il 56.3 %, mostrarono un inizio di remissione (non venne considerato tale quelle volte in cui il miglioramento fu breve e da attribuire ad effetti meccanici). La media di trasfusioni per paziente fu di 2.4 (con gli estremi da 1 a 20).

Weber, Hurter e altri ritengono che trasfusioni piccole (200-500, c.c.), ripetute, dànno risultati migliori che trasfusioni singole, massive. La serie raccolta dall'A. conferma questa veduta. Tuttavia, anche trasfusioni singole si sono dimostrate sufficienti in una certa percentuale (11 su 26, Archibald). La precisa quantità di sangue che si deve trasfondere è questione che richiede più ampio studio. Tra 185 casi in cui è citato il metodo seguito, in 172 venne usato sangue citratato.

Gli intervalli, nel caso di trasfusioni multiple, debbono esser determinati con esami ripetuti del sangue preferibilmente col metodo di Vogel e McCurdy (enumerazione delle cellule reticolate, previa colorazione vitale, mezzo utile per stabilire l'attività emopoietica del midollo). Naturalmente le condizioni generali e le sensazioni subiettive debbono esser tenute nel debito conto.

Dati i risultati splendidi ottenuti, resta interessante stabilire il preciso campo di applicazione del metodo.

La trasfusione deve esser praticata non appena è possibile porre la diagnosi? ovvero solo quando si è dimostrato inefficace il trattamento arsenicale, compreso il neosalvarsan?

Un certo numero di osservatori competenti credono che quando l'emoglobina discende a 20 % o anche meno, la trasfusione offre la possibilità non solo di allontanare la morte, ma, talvolta almeno, di iniziare uno di quei periodi di quiescenza che sono caratteristici della malattia. Ma l'esperienza clinica e la statistica dimostrano che è poco saggio attendere fino a un abbassamento al 20 dell'emoglobina. Ottenberg e Libman trovarono che la media di emoglobina prima della trasfusione in 14 casi in cui si provocò la remissione era del 27 %, mentre che in 9 casi in cui non si ebbe remissione fu solo del 20. È vero che nel caso sopra riferito, pur essendo le condizioni avanzate, si ebbe un effetto che durò per circa 8 mesi dalla prima trasfusione: ma certo il limitare l'uso del metodo ai casi senza speranza non può essere promettente. La serie di casi raccolta dall'A. dimostra chiaramente che delle trasfusioni precoci in casi che non presentano remissione spontanea o dopo gli usuali trattamenti, dànno i risultati migliori; e che le remissioni si provocano più facilmente nei primi stadi che in quelli avanzati.

La trasfusione non prolunga il periodo di remissione; ma aumentando il numero di queste non è irragionevole supporre che la durata totale della vita possa esserne prolungata.

Sono stati proposti anche due metodi di somministrazione di sangue defibrinato (per iniezione intramuscolare e per iniezione intravenosa), ma i risultati ne sono meno soddisfacenti, e dati i progressi moderni per i quali la trasfusione di sangue intiero è divenuta facile, l'uso del sangue defibrinato è da abbandonarsi.

L'uso di siero antidifterico nei casi in cui predomina la tossiemia; la venesezione come mezzo palliativo; l'uso ipodermico di estratto splenico; quello di siero streptococcico e antistafilococcico: sono tutti metodi nettamente inferiori alla trasfusione e che ad essa debbono cedere il passo.

Quanto alla splenectomia l'A. in base alla osservazione della letteratura e di casi personali è d'accordo con Kimpton, che i suoi risultati difficilmente autorizzano l'intervento operativo. L'opinione di alcuni autori che la trasfusione dopo la splenectomia dia una risposta più intensa, che senza la splenectomia, non è basata sull'esperienza. Krumbhaar in una serie di risultati della splenectomia in 153 casi nota una mortalità del 20 % e negli altri, di regola, un miglioramento transitorio; Maffitt su 33 casi di splenectomia per anemia perniciosa raccolti dalla letteratura, trovò la morte immediata o poco dopo l'operazione in otto casi.

È ovvio che un metodo così promettente, e dopo i progressi della tecnica, che eliminano gli inconvenienti, sia per il donatore che per il ricevente, meriti una applicazione più vasta come mezzo di prolungamento della vita.

Sorge la questione: siamo arrivati al punto che i medici generici e internisti, sotto la cui osservazione e cura si presenta per prima volta un anemico pernicioso, debbano consigliare, dopo l'accertamento della diagnosi, la trasfusione immediata, visto che essa determina una pronta remissione in almeno il 56 % dei casi. Naturalmente il metodo sarà aiutato da adeguate misure igieniche e dai medicinali di uso comune; mentre nei casi refrattari alla

trasfusione si insisterà col ferro e con l'arsenico, compreso il salvarsan intravenoso.

In conclusione, l'affermazione che questo metodo, ben impiegato, offre di più che qualsiasi altro trattamento, è confermata dai risultati degli studi dell'A. SEBASTIANI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

VIGO dott. ALBERTO (Doctor Justitia). *La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale.* Un vol. in-8 di 214 pag. Amministrazione del *Policlinico*, Roma, 1920. Prezzo, L. 16.

Medici ed ufficiali sanitari hanno frequentemente bisogno di richiamarsi alle vigenti disposizioni di legge; sono queste che regolano il loro esercizio professionale, che determinano i limiti della loro attività, che ne regolano i diritti come i doveri. Specialmente negli inevitabili conflitti con i Comuni, con le Opere Pie, con i privati, i medici, che con tali disposizioni non hanno troppa familiarità, si sentono spesso incerti sulla via da seguire e subiscono talora ingiusti torti, come qualche volta ritengono di poter accampare diritti insussistenti. Orientarsi nella farragine delle leggi e dei decreti non è cosa agevole, nè è sempre possibile avere a propria disposizione la completa raccolta, mentre poi, in più di una occasione, la definizione di una vertenza non può aversi da articoli codificati, ma soltanto in base a sentenze pronunziate in casi analoghi. Ottimamente risponde a questi scopi, il libro del dott. Vigo, in cui le disposizioni legislative, che regolano l'esercizio professionale dei medici e degli ufficiali sanitari, sono raccolte, non già in un arido elenco, ma ordinate sistematicamente sotto forma di un vivo commento. Ne segue che il volume, oltre ad essere utile per la semplice consultazione, facilitata dal ricco indice alfabetico, costituisce una vera trattazione organica dei rapporti legali che intercedono fra i sanitarii ed il pubblico, sia che si tratti di privati, o di pubblici poteri.

Il lavoro è diviso in tre parti: l'una riguarda l'esercizio professionale libero, la seconda gli obblighi dei Comuni relativi all'assistenza sanitaria dei poveri, e comprende quindi la carriera dei medici condotti; la terza tratta la vigilanza igienica. Per dare un'idea del modo con cui è svolta la materia, accennerò agli argomenti della prima parte: Norme per intraprendere l'esercizio professionale: Doveri e diritti inerenti all'esercizio professionale: L'esercizio dei medici stranieri: Il medico di bordo: L'esercizio dei dentisti e flebotomi. Sviluppo ancora maggiore è dato alla seconda e terza parte in cui possono essere più numerose le controversie.

Per il modo con cui è stato concepito ed elaborato, il lavoro del dott. Vigo è di incontestabile utilità: esso è rampollato dalla lunga pratica nella consulenza legale ai medici, che ha permesso al *Doctor Justitia* di conoscere quali sono gli argomenti che maggiormente interessano, quali sono le informazioni di cui si sente più vivo il bisogno. Ad ogni domanda in proposito, può dare una risposta chiara, adeguata, precisa questo libro, che dovrebbe trovarsi, come fedele consigliere, nella biblioteca di ogni medico. *fil.*

BILANCIONI GUGLIELMO. *La storia della medicina.* Profili bibliografici de «L'Italia che scrive». Un vol. in-16 di 100 pag. Istituto per la propaganda della coltura italiana. Roma. Prezzo: L. 3.50.

Lo studio della storia della medicina è, a torto, trascurato in Italia, giudicandosi dai più un inutile perditempo; nè tale veduta è limitata ai soli medici pratici, ma diffusa anche in alto, tanto che la presentazione, in un concorso, di lavori d'indole storica, se non arriva forse a costituire per la commissione giudicatrice un demerito, non aggiunge certamente nulla ai titoli del concorrente. Eppure nessun'altra nazione ha, come l'Italia, un ricco e glorioso passato scientifico e medico, che tutti noi dovremmo conoscere a fondo, per esserne giustamente orgogliosi; inoltre la lettura dei vecchi maestri può riuscire assai utile per l'acuto spirito di osservazione che in essi si era venuto affinando supplendo alla mancanza della tecnica e della suppellettile scientifica moderna. Bisogna però riconoscere che l'ignoranza della storia della medicina e lo scarso interesse che molti dei medici hanno per essa, sono dovuti in gran parte alla mancanza di un trattato o di un buon manuale, che ci metta sott'occhio, sia pure a grandi tratti, le più significative figure dei nostri vecchi medici e la parte che essi hanno rappresentato nello sviluppo del pensiero scientifico. Nell'assenza di tale coltura fondamentale, non si può rivolgere l'attenzione a figure secondarie, od a monografie che riguardano dei particolari, e può quindi comprendersi, se non scusarsi, la trascuranza del ceto medico per gli studî storici della propria scienza.

A giudicare però dal copioso indice bibliografico dei lavori italiani, riguardanti la storia della medicina, che il prof. Bilancioni ci offre in questo libretto, si deve ritenere che gli studî storici non sono del tutto negletti. Tro-

viamo qui elencati numerosissimi lavori, che l'A. ha raccolto, classificandoli secondo i diversi argomenti (opere generali, medicina, chirurgia, medicina legale e sociale, igiene, ecc.), sicchè la produzione italiana in tale materia viene opportunamente messa in luce. Al lungo elenco, l'A. ha fatto precedere uno studio sulla essenza della storia della medicina e sui principali autori nostri, che hanno trattato l'argomento.

Il libretto è interessante ed utile per chi intenda fare ricerche od essere informato del lavoro che si è fatto; ma noi ci auguriamo di poter considerarlo come una promessa; dalla vasta e profonda coltura del prof. Bilancioni, dal suo spirito di critico indagatore, noi attendiamo la desiderata Storia della medicina; un libro di italiano per italiani.

fil.

M. ARTHUS. *De l'anaphilaxie à l'immunité.* Masson, éd. Paris, 1921. Prix: Fr. 20.

Questo libro di Arthus contiene una prefazione e una introduzione che il lettore non trascurerà prima di iniziare la lettura dell'opera. Vorrei dire, senza tema di essere tacciato di esagerazione, che la prefazione del libro è un capitolo che potrebbe figurare tra i più bei testamenti scientifici e morali: esso viene a proposito, in un periodo in cui il valore e l'importanza dei *fatti* è divenuta pallida cosa, di fronte al bagliore delle teorie. «In alcuni ambienti scientifici si professa per i teorici una ammirazione senza limiti: essi sono ritenuti infinitamente superiori agli sperimentatori; essi si sono elevati al di sopra della materialità della scienza, essi volano nella zona delle idee, sia gloria a loro! Tale non è la mia opinione, esclama l'A.; io considero i teorici come delle persone infinitamente dannose e credo che bisogna armarsi e difendersi vigorosamente contro di essi». In tali parole dell'Arthus è tutta l'amarezza di chi ha interrogato i fatti e ad essi ha cercato di far dire quanto essi potevano dire, e non li ha sforzati per l'amore di una teoria, di un dogma; è la ribellione contro una triste usanza invalsa in alcuni ambienti e in alcuni capitoli della scienza moderna, specialmente in quella dell'anafilassi. «Giovani, guardatevi dai teorici e dalle teorie!»; è un vecchio sperimentatore che vi dà il consiglio; il primo posto negli studi scientifici spetta ai fatti!

L'opera di Arthus è la raccolta del suo lungo lavoro in tema di anafilassi: egli sull'argomento ha fatto più di 2000 esperienze personali.

L'introduzione al lavoro è quasi un cenno riassuntivo d'orientamento per chi deve seguire l'A. nella minuta esposizione e disamina rigorosa dei risultati ottenuti. Dopo un capitolo che è il classico ricordo delle esperienze che, per caso, portarono alla scoperta dell'anafilassi, seguono capitoli dedicati alla sero-anafilassi, alla proteoanafilassi del coniglio, per passare alla distinzione tra sieroanafilassi, proteoanafilassi, e intossicazione proteica del cane, e alla distinzione tra fenomeni specifici dell'anafilassi e fatti non specifici. Seguono gli studi sull'intossicazione da veleno di Cobra, l'anafilassi passiva, l'analisi dei rapporti tra anafilassi e immunità, sia che questa succeda all'anafilassi, sia semplicemente che la mascheri.

L'A. non fa opera bibliografica nel suo volume: egli pone in evidenza e ragiona principalmente sui fatti da lui messi in evidenza. Gli studiosi troveranno tutto un tesoro sperimentale raccolto e commentato dall'A. stesso; i giovani troveranno nella lettura del libro una rara guida, vero esempio sul modo di sperimentare, di interpretare, di concludere.

t. p.

MICHAELIS LEONOR. *Prakticum der physikalischen Chemie insbesondere der Kolloidchemie für Mediziner und Biologen.* Un vol. in-8 di 160 pag. con 32 figure. — I. Springer, Berlin. — Prezzo: marchi 26.

Ottima guida per le ricerche di chimica fisica applicata alla biologia: la cura dei particolari nelle esperienze, le numerose utili indicazioni agevolano il compito anche di chi si inizia a lavori di tal fatta.

Il manuale non tratta però sistematicamente la metodica, ma la applica direttamente ai singoli esercizî, disposti con saggio ordine dai più semplici ai più complessi: sono tra questi, la determinazione quantitativa della pepsina nel succo gastrico, la soglia di floculazione nelle soluzioni colloidi, le ricerche sulla inomogeneità ottica, la determinazione degli idrogenioni mediante indicatori, la tensione superficiale, l'osmosi, la viscosità, l'adsorbimento, la conduttività elettrica, la misura delle forze elettromotrici, la cinetica delle reazioni, ecc., in tutto 74 esercizî bene scelti e chiaramente descritti.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 17 giugno 1921.

Commemorazione del prof. C. Moreschi.

L. ZOIA, *presidente*. — Comunica le adesioni degli istituti di clinica medica e di patologia medica e delle Facoltà mediche italiane alla commemorazione di C. Moreschi e quella di molti colleghi delle varie Università e degli studenti, dalle quali risalta la figura del Moreschi come appassionato insegnante, come acuto indagatore, come eletto animo di scienziato. Addita ad esempio l'austerità della sua vita tutta veramente data allo studio.

F. FALCHI. — L'O., a nome della Facoltà Medica invia un mesto omaggio di rimpianto alla memoria del prof. C. Moreschi, che nell'Università di Pavia, come studente, aiuto clinico e libero docente diede tutte le energie del suo ingegno positivo allo studio delle scienze mediche, consacrando con intenso fervore il suo pensiero alle gravi indagini sull'immunità.

Nel breve corso della sua operosa esistenza Egli fu modello di onesto carattere, di scienziato profondo e di efficace maestro. disciplinato nel severo adempimento del dovere. L'opera scientifica di Moreschi — prosegue l'O. — rimane nelle basi classiche più moderne dell'immunità; essa sia di incitamento ai giovani cultori della medicina, onde proseguano nelle indagini biologiche, senza arrestarsi, e sempre intenti a provvedere nuovi mezzi di difesa all'organismo.

E. ALFIERI. — In rapida sintesi commemora l'illustre scienziato parlando specialmente della sua giovinezza, della sua vita di studente, di alunno del Collegio Borromeo, e del promettente inizio della sua carriera.

E. VERATTI. — Tratta dell'opera scientifica di Carlo Moreschi nel campo della Patologia Sperimentale ed in particolare in quello degli studi sull'immunità. Dopo aver rilevato le peculiari qualità del ricercatore, che imprimono a tutta la produzione scientifica del Moreschi un'impronta distintiva di elevatezza e di moralità, e dopo di aver ricordati i lavori del periodo giovanile, passato nel Laboratorio del Golgi, riassume il gruppo di ricerche sulla questione degli anticomplementi, mettendo in evidenza l'importanza che ad esse spetta, come fondamento e punto di partenza del movimento moderno degli studi sulla deviazione del complemento, sia nel campo dottrinale che nel campo pratico.

In seguito passa in rassegna i lavori che il Moreschi da solo, o colla collaborazione di alcuni allievi, ha compiuto nell'Istituto di Patologia Speciale Medica di Pavia sul complesso problema della patogenesi della febbre e sui rapporti fra le anafilotossine ed i veleni pirogeni e quelli di lunga lena e pure di grande interesse scientifico e pratico sulla biologia dei tumori, eseguiti nel laboratorio di Ehrlich a Francoforte.

Ricordata infine la scoperta della spirochete ittero-emorragica, che il Moreschi pel primo in Italia riuscì a dimostrare nel sangue di alcuni soldati provenienti dal fronte e ricoverati nell'Ospedale Militare di Voghera, fornendo così la chiave per interpretare esattamente la patogenesi dell'ittero, allora dominante in forma epidemica nell'esercito combattente, chiude mandando un saluto all'amico rapito alla scienza quando, compiuta la sua preparazione scientifica e nella piena maturità dell'ingegno, si accingeva a cimentare il suo valore nell'ambito più vasto dell'esercizio clinico.

V. ASCOLI. — Tratteggia la figura di Moreschi come clinico. Dopo un commosso esordio ne mette in luce la profonda preparazione biologica, specialmente nei problemi dell'immunità e dei tumori. Descrive con vive tinte la crisi psicologica che patì il Moreschi nel passare dagli studii dei grandi problemi biologici allo studio della clinica. Ricorda per sommi capi l'opera da Moreschi compiuta nell'Istituto di Patologia di Pavia, opera che culmina nei lavori sulla vaccinazione antitifica e sulla linfogranulomatosi.

Ricorda il successo ottenuto come clinico da Moreschi a Sassari e a Messina. E dopo aver accennato agli ultimi suoi lavori di pura clinica, chiude il suo discorso con l'invocazione che l'esempio di Moreschi fruttifichi a beneficio dello sviluppo della Clinica Medica Italiana.

C. BESTA. — Ricorda con emozione la vita passata insieme nell'Università di Messina, ove il Moreschi, privo di ogni mezzo di laboratorio, pure aveva saputo creare una scuola ed imporsi per il suo valore ai colleghi ed ai discepoli, nonchè raccogliere larga stima nella cittadinanza.

L. DEVOTO. — Rievocata degnamente dagli oratori che lo precedettero la figura rimarchevole di Moreschi come ricercatore, studioso e clinico, l'O., che lo ebbe assistente dal 1900 e collaboratore fino al 1910, salvo gli anni che trascorse a Königsberg e a Francoforte, si sofferma ad illustrare con parola sentita e commossa le note salienti della figura morale del Moreschi, che si associava magnificamente alla personalità scientifica. Lo segue passo passo nei periodi della sua carriera dimostrando che il Moreschi per la semplicità, per la dignità, per l'austerità delle sue virtù sarebbe risultato clinico superiore, anche perchè educatore di alto grado.

A. GASBARRINI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTE.

ARCANGELI ADOLFO. *Perinefrite tubercolare primitiva.* — Milano, Società Edit. Libraria, 1921.

CANDIDO G. *Due nuovi casi di lebbra.* — Lecce, Fratelli Spacciante, 1920.

CERASOLI ERCOLE. *Sulla ricalcificazione e decalcificazione dell'organismo tubercoloso.* — Siena, Carlo Nava, 1920.

ID. *La terapia mineralizzante nella tubercolosi umana per via orale dal punto di vista chimico.* — Siena, Carlo Nava, 1920.

SALVATORE LEONE. *La lotta contro il «Tracoma» nella provincia di Siracusa.* — Siracusa, Tip. cav. Santoro Gubernale, 1921.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

Il segno dell'ombelico.

S. Pisani (*Riv. critica di clin. med.*, 25 luglio 1921) richiama l'attenzione sulle modificazioni di forma, che il *cercine ombelicale* viene ad assumere in varie contingenze morbose, che hanno sede nell'addome. Le sue osservazioni riguardano malati in perfetto riposo, in decubito orizzontale, con pareti addominali rilasciate.

In condizioni fisiologiche, il cercine ombelicale si dispone in modo regolarmente circolare attorno al solco ombelicale, che appare un po' più profondo verso la parte alta, mentre il capezzolo tende ad occupare la parte inferiore dell'ombelico, per il predominio fisiologico di azione dei legamenti inferiori.

Quando lo stomaco è ingrandito, il cercine ombelicale tende a disporsi a falce superiore, per una maggiore accentuazione verso l'alto della plica cutanea, che lo costituisce, mentre, verso il basso, si ha un assottigliamento della plica medesima, con tendenza del capezzolo ombelicale a risalire verso la parte media della fossetta ombelicale. Tali rilievi si accentuano in decubito semiseduto e più ancora in piedi, specie se lo stomaco è pieno: si attenuano o scompaiono invece nella posizione di Trendelenburg o con la prova di Frerichs. Se lo stomaco è abbassato, la disposizione a falce è, di solito, assai marcata, fino ad aversi la scomparsa totale della parte inferiore del cercine e l'incappucciamento del capezzolo; i rilievi si accentuano cambiando la posizione del corpo.

La falce superiore ha un raggio stretto se lo stomaco è soltanto abbassato, lo ha invece molto largo se lo stomaco è anche ingrandito; nell'uno e nell'altro caso la parte di cercine che residua è spesso increspata concentricamente.

Quando lo stomaco è contratto, il cercine si dispone con la falce inferiore, con o senza increspamento della cute, secondo il grado maggiore o minore di ipertono della cute. Lo stesso fatto si verifica quando lo stomaco è spostato in alto.

Tali rilievi sono favoriti dalla sottigliezza e dal rilasciamento delle pareti addominali, e sono quindi particolarmente evidenti nelle donne magre, che hanno partorito più di una volta; sono invece ostacolati quando vi siano raccolte libere addominali, forte meteorismo, *eventratio*. La ricerca è poi svisata dalle rilevanti alterazioni di volume e di posizione del fegato, dai processi di peritonite adesiva e dalle affezioni soprattutto cicatriziali, che interessano il piccolo omento e coinvolgono i legamenti ombelicali. *fil.*

Cambiamento locale di colore della cute addominale nella pancreatite.

I. R. de Bruine (rif. in *Centralblatt f. innere Medizin*, n. 30, 1921) ha osservato una colorazione cutanea di un verde bluastro sporco, larga quanto la palma di una mano, attorno ed al di sotto della cicatrice ombelicale, nel decorso di una pancreatite acuta. La colorazione scomparve in 14 giorni, con l'attenuarsi dei fenomeni di ileo, prima dell'operazione. In questa si trovò un grosso ascesso della testa del pancreas, indurimento della coda, segni di necrosi grassa in tutto l'addome. Quattro settimane più tardi comparvero due nuove macchie d'ambo i lati alla regione lombare: contemporaneamente, innalzamento della temperatura, vomito, senso di malessere, dolori, infiltrazione nella metà destra dell'addome. Probabilmente si è trattato della rottura di un nuovo focolaio purulento del pancreas. Anche queste macchie scomparvero dopo pochi giorni; esse vanno interpretate nel senso di una necrosi grassa; sono state osservate anche in altri casi di pancreatite (Peicic, *Deut. Zeits. f. Chirurgie*, 153). *fil.*

CASISTICA.

Diagnosi delle ulcerazioni linguali.

A) *Ulcerazioni di facile diagnosi*, rientrano in questo gruppo: 1) quelle *traumatiche*: si osservano nei bambini durante la pertosse (localizzate al frenulo) o negli epilettici, durante gli accessi convulsivi, per morsicatura della lingua; 2) *erpetiche*: si sviluppano dapprima sotto forma di vescicola che poi si ulcera; è frequente la febbre; 3) *aftose*: piccole ulcerazioni rotondeggianti, di colore giallo-oro, con alone infiammatorio; si osservano nei dispeptici e nei nervosi e determinano leggero bruciore; 4) da *stomatiti*: si differenziano in mercuriali, gangrenose, consecutive a malattie esantematiche, tifo, scorbuto, diabete, uremia, glossite esfoliativa marginata, ulcerazione da malattia di Riga, ulcere trofiche (diabetici, tabetici); la stomatite ulcero-membranosa è, come l'angina di Vincent, un'associazione fuso-spirillare.

B) *Ulcerazioni di diagnosi difficile*: riguardano la sifilide, la tubercolosi ed il cancro, ma talora trattasi di ulcerazioni semplici o

dentarie, che guariscono con l'ablazione, l'otturazione di un dente o la limatura di una parte scheggiata; tali ulcerazioni possono però essere punto di partenza di una lesione specifica.

La *sifilide* può determinare sulla lingua l'ulcera e le placche mucose. L'*ulcera* è unica, ha sede di solito sulla punta della lingua, ha fondo piano, colore rosso-chiaro, con margini erosi, con base indurata; non provoca dolori, dà plejade ganglionare precoce, che non tende a suppurare; il processo si svolge in una quindicina di giorni, avendosi poi la cicatrizzazione. Va fatta, in tali casi, la ricerca della spirocheta, e va attentamente ricercata la roseola. Le placche mucose sono multiple, polimorfe, di colore opalino, senza dolore; possono incontrarsi in qualsiasi punto della lingua. Si osservano diverse varietà, cioè *lisce*, rosee, secche, non indurate, rotondeggianti od ovalari, ben limitate; *opaline*, fessure od erosioni sui margini ed alla punta; *ipertrofiche*, le quali talvolta confluiscono dando l'aspetto di una lingua di rospo. La diagnosi va sempre convalidata dalla ricerca delle spirochete e dalla reazione di Wassermann. (*Gazette des Hôpitaux*, 12 dic. 1920). *fil.*

Ascesso della parete anteriore dell'addome d'origine appendicolare.

A. Zaffagnini (*Riforma medica*, 1921, n. 32) riporta il caso di un contadino che, una cinquantina di giorni dopo l'inizio di un'infezione tifica, ebbe una colica appendicolare di cui andò migliorando, tanto da poter anche alzarsi per qualche ora. In seguito però comparve al disopra della piega inguinale destra una tumefazione, che andò crescendo fino a raggiungere il volume di una grossa arancia, con direzione obliqua secondo l'arcata inguinale, con spiccata fluttuazione: la cute sovrastante era di colore rosso vivo, calda.

L'A. nelle considerazioni diagnostiche prende in esame per escluderli un processo infiammatorio primitivo a carico dei muscoli della parete anteriore dell'addome, un processo ledente le ghiandole retroperitoneali, un ascesso da congestione per carie della cresta dell'ileo o dell'articolazione coxo-femorale o della prima vertebra lombare; si poteva anche pensare ad una peritonite circoscritta consecutiva a perforazione di un'ulcera tifosa; ma la distanza dalla infezione eberthiana e la relativa benignità hanno fatto escludere anche tale ipotesi.

Più logico è l'ammettere una continuazione diretta con la colica appendicolare; il prodotto siero-fibrinoso del processo infiammatorio periappendicitico si è infettato per la migrazione di germi, dando origine a pus, che nel caso in esame si è fatto strada verso l'esterno, mentre altre volte arriva alla vescica, al retto, ecc.

In un primo intervento, col taglio dell'ascesso, venne dato esito a pus abbondante, bruniccio, tenue, di intenso odore fecaloide: esso riempiva una bozza endomuscolare subito all'esterno dell'anello inguinale interno, dilatato il quale si vide il pus uscire dal profondo. In un secondo intervento, fatto alcuni mesi dopo e praticato ad integrità delle pareti addominali, si riscontrarono queste infiltrate al disotto del muscolo retto; il peritoneo si lacerava spontaneamente: il cieco era aderente inferiormente ed all'esterno alla parete addominale per mezzo di briglie epiploiche: in tale ammasso infiammatorio era inclusa l'appendice, corta, grossa, con le pareti molto infiammate, a superficie zigrinata. Appendicectomia, sutura delle pareti a strati, guarigione. L'esame batteriologico del pus ha dimostrato la presenza del *Bacterium coli*. *fil.*

Pseudo-appendicite nella dissenteria amebica.

Nelle forme acute della dissenteria amebica i sintomi appendicolari scompaiono nel quadro generale della malattia; invece nelle forme croniche è stata descritta una sindrome pseudo-appendicolare cronica, a tipo di appendicite cronica recidivante. In realtà però, la sindrome non sarebbe dovuta a lesione appendicolare, ma a lesioni cecali di vicinanza; in tali casi la sindrome dissenterica va quasi scomparendo nel quadro appendicitico, che però precorre qualche nuovo attacco dissenterico. Bonnet e Michon (*Lyon médic.*, 1921, n. 1) trovarono in un caso di tal genere una chiazza gangrenosa del cieco: chiusa questa e praticata l'appendicectomia, si ebbero nuovamente attacchi di dissenteria, che non cessarono se non in seguito a somministrazione di emetina. Fra le particolarità anatomiche osservate, sono da rilevarsi l'aspetto lavato della superficie del peritoneo parietale, una particolare tinta giallo-pallida lattiginosa del pus della peritonite, diversa da quella del pus laudabile, di quello verdastro della peritonite pneumococcica, e del pus fluido delle comuni appendiciti. *fil.*

TERAPIA

Cura della ipertensione arteriosa.

Terapia eziologica. Da adottarsi specialmente nei soggetti predisposti dai fattori ereditarî e costituzionali, che sono assai importanti: particolarmente predisposti sono i membri di famiglie in cui trovansi emicrania e gozzo esoftalmico. Fra le influenze ambientali, che

agiscono come cause, sono da citarsi: 1) i processi infettivi, quali tonsilliti ricorrenti, sepsi orale, sinusiti paranasali, appendiciti, colecistiti, affezioni pelviche nelle donne, ecc.; quando sia possibile, si elimineranno chirurgicamente queste cause; 2) le intossicazioni croniche esogene od endogene: da alcool, tabacco, piombo; stipsi cronica; 3) le influenze che inducono disturbi metabolici, come diabete, gotta, obesità, ecc. L'igiene del predisposto comprenderà un regime alimentare normale, un orario regolare di lavoro, di riposo, di ricreazione, l'abitudine dei bagni di pulizia, la cura degli emuntorî, l'evitare gli eccessi, una vita equilibrata con normale soddisfazione dei bisogni. (Berker, *Virginia medical monthly*, aprile 1921).

Terapia funzionale, diretta ad abbassare la pressione sanguigna. Tra i farmaci, vanno citati gli joduri, che agiscono bene in alcuni, mentre in altri sono inefficaci od aumentano i disturbi, ciò che si verifica specialmente nell'ipertiroidismo; nell'ipertensione associata ad *angina pectoris* sono efficaci i nitriti (di sodio, di amile), la nitroglicerina, il tetranitrato di eritrolo; vengono altresì raccomandati il benzoato di benzile e l'joimbina, per iniezioni, associata con uretano, per impedire le erezioni. Utili sono anche l'elettricità (corrente ad alta tensione, gli esercizi fisici, impedendo però la fatica e l'affanno, i bagni tiepidi. In casi urgenti si ricorra al salasso; in quelli meno gravi, alla nitroglicerina, ad un purgante energico e ad un regime latteo-vegetariano, continuato per più giorni.

Terapia regolatrice. Ha lo scopo: *a*) di sostenere il cuore (evitare l'affaticamento del miocardio; piccoli pasti ed, eventualmente, cure di riduzione; in caso di debolezza cardiaca con affanno usare i cardiocinetici, quali digitale e caffeina); *b*) proteggere il rene, riducendo la quantità delle proteine e del cloruro di sodio nell'alimentazione, dalla quale bisogna escludere i cibi ricchi di purine (fegato, reni), e limitando la quantità di bevande; *c*) procurare una conveniente eliminazione a traverso le feci; regolare abitudine di evacuare ad una stessa ora, bere un bicchier d'acqua al mattino a digiuno; regime alimentare con frutta e vegetali freschi, esercizî fisici; nelle forme avanzate, un purgante ogni 15 giorni; *d*) attivare la funzione cutanea.

Terapia sintomatica. Nell'insonnia, che è specialmente mattinale (verso le 4-5) basta spesso l'ingestione di mezzo bicchiere di latte, di un biscotto, oppure un lieve esercizio fisico; altrimenti si ricorra a blandi ipnotici, come bromuro e cloralio, veronale paraldeide. Contro la cefalea, sono utili l'aspirina, la fenacetina, il piramidone, associati a caffeina od anche a codeina. La poliuria notturna si evita riducendo la quantità di bevande (specialmente nel pomeriggio), di albumine, di cloruro di sodio. Contro i disturbi neurasteniformi giovano una psicoterapia prudente e le regole igieniche; piccole dosi di bromuro di sodio sono utili se l'ansietà e nervosità sono molto marcate; nell'oppressione precordiale, la diuretina e la teocina, con caffeina e canfora monobromata, e nei casi accentuati, la nitroglicerina. *fil.*

La scopolamina nelle sindromi parkinsoniane.

Babinski (*Société de neurologie*, 5 maggio) riporta l'osservazione di un bambino che, in seguito ad encefalite epidemica, presentava una sindrome parkinsoniana con rigidità ed atteggiamento «saldato» notevolissimi e con flessione della testa in avanti. Si ottenne un miglioramento notevolissimo, che trasformò realmente l'ammalato, mediante iniezioni di scopolamina, dapprima di due, poi di quattro decimi di milligrammo; miglioramento però transitorio, che cessò quando il bambino non fu più sotto l'influenza del medicamento.

Babinski e Souques ritengono (*Encéphale*, giugno 1921) che i risultati ottenuti con la scopolamina si hanno nella classica malattia di Parkinson, come nelle sindromi parkinsoniane postencefalitiche. *r. s.*

IGIENE.

Il divieto di sputare per terra.

G. Ichok (*Journ. de méd. de Paris*, 1921, n. 17) richiama l'attenzione sulla necessità di stabilire sanzioni penali per chi sputa per terra, e ciò nell'interesse generale della profilassi antitubercolare.

Agli Stati Uniti queste misure, tanto più necessarie per la triste rinomanza che avevano in materia gli Americani, per i quali lo sputare era, si può dire, uno sport, sono state prese da parecchi anni. Si esposero a New York numerosi cartelli con questa scritta: «Lo sputare per terra è un delitto. I contravventori possono essere puniti con 500 dollari di ammenda, o la detenzione per un anno, o con entrambe tali pene»; seguivano le citazioni degli articoli delle leggi. All'inizio del 1909 l'ufficio di igiene intraprese una vera crociata contro la schifosa abitudine: gli agenti di polizia vennero incaricati della sorveglianza, ed arrestarono 150 *sputatori* nella Metropolitana. La proibizione di sputare produsse effetti meravigliosi e si racconta che l'aspetto della città è assai cambiato.

[Sopra una popolazione di diversi milioni, una retata di 150 individui non può aver fatto grande impressione: il cambiamento non può certamente essere stato molto repentino, ma avrà richiesto molto tempo e... molte contravvenzioni. *N. d. Redatt.*].

Anche altrove la proibizione di sputare è accompagnata da sanzioni: in Austria il Ministero delle ferrovie ha stabilito un'ammenda da 2 a 200 corone, o l'arresto per 6 ore-15 giorni: in Svizzera, nelle stazioni per tubercolosi, lo sputare per terra è punito con forti ammende: analogamente in Danimarca, Norvegia, ecc.

È dunque necessaria, secondo l'A., la promulgazione di una legge che stabilisca ammende di 50-3000 franchi e la prigione da un giorno a tre mesi. Si eviterà così il grave contagio tubercolare da cui sono colpiti troppo spesso i bambini, per l'aspirazione degli sputi polverizzati ed il contatto con essi: l'A. cita alcuni casi di tubercolosi trasmessa per la sabbia di un giardinetto in cui i bambini giocavano e su cui un tubercolotico sputava dalla propria finestra.

La legge però approderà a qualche risultato soltanto se il numero del personale di sorveglianza sarà sufficiente: si dovranno altresì installare numerose sputacchiere, che l'A. consiglia di mettere accanto agli orinatoi, ciò che permetterà di rendere un servizio al pubblico senza elevare di molto le spese di impianto e di manutenzione. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1403) All'abb. 6470:

1. Sul valore terapeutico della cura del *setone dietro la nuca* non sapremmo darle particolari informazioni Questa pratica curativa — che rientra nell'arsenale di una medicina vecchia — non viene da noi usata: essa fa parte dei cosiddetti *rimedi derivativi*. Al di fuori dell'autore da Lei citato, non la troverà applicata da altri.

Non crediamo che valga la pena che Ella si perda dietro simili interventi.

2. Egualmente imbarazzante è la Sua seconda domanda, di voler cioè conoscere «*un buon disinfettante intestinale, di provata efficacia*».

Ai lumi della medicina moderna, la cosiddetta *disinfezione intestinale* non significa più nulla. È forse possibile disinfettare l'intestino? E da quali ipotetici germi lo si vuole disinfettare?

Oggi si deve mirare a individualizzare le malattie del tubo enterico, molte delle quali sono bene e specificamente determinate e dovute a parassiti, a batteri, ad elminti, a difetti di chimismo, ecc.; parecchie altre malattie intestinali sono ancora oscure; per le prime c'è la cura diretta, per le altre si va a tentoni.

Ma l'*infezione intestinale* in senso generico non costituisce diagnosi, ed è sempre causa di errori, che nascondono assai spesso una febbre tubercolare, una melitense, una angiocolecistite, ecc.

Vi sono alcune alterazioni della flora microbica dell'intestino, per cui, sotto l'azione di bacilli proteolitici, gli albuminoidi dànno luogo a composti ossiaromatici putrefattivi (più difficilmente v'ha dispepsia da alterata fermentazione di alimenti ternari idrocarbonati). Queste forme morbose, difficili a individualizzare esattamente, pare che si giovino della medicazione lattica.

In base agli studi moderni il vecchio armamentario di «disinfettanti intestinali», tipo salolo, benzonaftolo, resorcina, lattofenina, ecc. è caduto in disuso e in discredito. Ecco perchè non possiamo indicarle il *sicuro* disinfettante intestinale.

g. sabatini.

VARIA

La nomenclatura nosologica.

La terza sessione della Commissione internazionale per la revisione decennale della Nomenclatura nosologica, riunitasi a Parigi il 14 ottobre 1920, ha approvata la classifica proposta da Bertillon, con qualche variante.

La Nomenclatura che riportiamo appresso è ora adottata a scopi statistici in quasi tutti gli Stati civili del mondo.

I. — *Malattie endemiche, epidemiche ed infettive.*

1. Febbre tifoide (tifo addominale e paratifoide); 2. Tifo esantematico; 3. Febbre ricorrente; 4. Melitococcia (febbre di Malta); 5. Febbre o cachessia palustre: *a*) febbre palustre, *b*) cachessia palustre; 6. Vaiuolo; 7. Morbillo; 8. Scarlattina; 9. Pertosse; 10. Difterite; 11. Influenza: *a*) con complicazioni pulmonari, *b*) altre forme; 12. Miliare; 13. Parotite; 14. Colera asiatico; 15. Enterite coleriforme; 16. Dissenteria: *a*) amebica, *b*) bacillare, *c*) senza qualifica o da altre cause; 17. Peste: *a*) bubonica, *b*) pneumonica, *c*) setticemica, *d*) senza qualifica; 18. Febbre gialla; 19. Spirochetosi ittero-emorragica; 20. Lebbra; 21. Eresipela; 22. Poliomielite acuta; 23. Encefalite letargica; 24. Meningite cerebro-spinale epidemica; 25. Infezione purulenta o setticemia; 26. Morva e farcino; 27. Pustola maligna e carbonio (*bacillus antracis*); 28. Rabbia; 29. Tetano; 30. Micosi; 31. Tubercolosi dell'apparato respiratorio; 32. Tubercolosi delle meningi o del sistema nervoso centrale; 33. Tubercolosi degli intestini o del peritoneo; 34. Tubercolosi della colonna vertebrale; 35. Tubercolosi articolare; 36. Tubercolosi degli altri organi: *a*) tubercolosi della pelle o del tessuto cellulare sottocutaneo, *b*) tubercolosi delle ossa (esclusa la colonna vertebrale, *c*) tubercolosi del sistema linfatico (eccetto le glandule mesenteriche e le glandule retroperitoneali), *d*) tubercolosi dell'apparato genito-urinario, *e*) tubercolosi degli altri organi; 37. Tubercolosi miliare: *a*) acuta, *b*) cronica; 38. Sifilide: *a*) primaria, *b*) secondaria, *c*) terziaria, *d*) ereditaria, *e*) periodo non indicato; 39. Ulcera molle; 40. Gonococcia; 41. Oftalmia blenorragica o purulenta; 42. Altre malattie endemiche, epidemiche o infettive.

II. — *Malattie generale non menzionate nel I Gruppo.*

43. Cancro o altri tumori maligni della cavità buccale; 44. Cancro o altri tumori maligni dello stomaco, del fegato; 45. Cancro o altri tumori maligni del peritoneo, degli intestini o del retto; 46. Cancro o altri tumori maligni degli organi genitali della donna; 47. Cancro o altri tumori maligni del seno; 48. Cancro o altri tumori maligni della pelle; 49. Cancro o altri tumori maligni di altri organi; 50. Tumori non maligni o il cui carattere maligno non è specificato; 51. Reumatismo articolare acuto febbrile; 52. Reumatismo cronico o gotta; 53. Scorbuto; 54. Pellagra; 55. Beri-beri; 56. Rachitismo; 57. Diabete; 58. Anemia, clorosi: *a*) anemia perniciosa, *b*) altre anemie e clorosi; 59. Malattie dell'ipofisi; 60. Malattie della tiroide: *a*) gozzo esoftalmico, *b*) altre malattie della glandula tiroide; 61. Malattie delle paratiroidi; 62. Malattie del timo; 63. Malattie delle capsule surrenali (morbo di Addison); 64. Malattie della milza; 65. Leucemia o malattia di Hodgkin; 66. Alcoolismo acuto e cronico; 67. Avvelenamenti cronici da sostanze minerali; 68. Avvelenamenti cronici da sostanze organiche; 69. Altre malattie generali.

III. — *Affezioni del sistema nervoso e degli organi dei sensi.*

70. Encefalite; 71. Meningite; 72. Atassia locomotrice progressiva; 73. Altre affezioni del midollo spinale; 74. Emorragia cerebrale, apoplessia: *a*) emorragia cerebrale, *b*) embolia o trombosi cerebrale; 75. Paralisi senza causa indicata: *a*) emiplegia, *b*) altre paralisi; 76. Paralisi generale; 77. Altre forme di alienazione mentale; 78. Epilessia; 79. Eclampsia (non puerperale); 80. Convulsioni infantili; 81. Corea; 82. Isteria o nevralgie; 82 *bis*. Nevrite; 83. Rammollimento cerebrale; 84. Altre affezioni del sistema nervoso; 85. Malattie degli organi della visione: *a*) malattie degli organi dell'occhio, *b*) congiuntivite follicolare, *c*) tracoma, *d*) tumori dell'occhio, *e*) altre affezioni degli occhi e dei loro annessi; 86. Affezioni dell'orecchio e dei seni mastoidei.

IV. — *Affezioni dell'apparato circolatorio.*

87. Pericardite; 88. Endocardite o miocardite acuta; 89. Angina pectoris; 90. Altre malattie di cuore; 91. Aneurisma; 92. Altre affezioni delle arterie. Ateroma; 93. Embolia o trombosi (non cerebrale); 94. Affezioni delle vene (varici, emorroidi, flebite, etc.); 95. Affezioni del sistema linfatico (linfangioite, etc.); 96. Emorragie senza cause determinate. Altre affezioni dell' apparato circolatorio.

V. — *Affezioni dell'apparato respiratorio.*

97. Affezioni delle fosse nasali e dei loro annessi; 98. Affezioni della laringe; 99. Bronchite: *a*) acuta, *b*) cronica, *c*) senza qualifica; 100. Bronco-pulmonite (inclusa bronchite capillare); 101. Pneumonite: *a*) lobare, *b*) senza qualifica; 102. Pleurite; 103. Congestione o emorragia parenchimatosa del polmone; 104. Gangrena pulmonare; 105. Asma; 106. Enfisema polmonare; 107. Altre affezioni dell' apparato respiratorio (esclusa la tisi): *a*) pneumonite interstiziale cronica comprendente le malattie professionali dell'apparato pulmonare, *b*) malattie del mediastino, *c*) altre.

VI — *Affezioni dell'apparato digerente.*

108. Affezioni dei denti o delle gengive; 108-bis. Altre affezioni della cavità buccale o dei suoi annessi; 109. Affezioni della faringe o delle tonsille (incluse le affezioni adenoidee); 110. Affezioni dell'esofago; 111. Ulcera dello stomaco o

del duodeno: *a*) ulcera dello stomaco, *b*) ulcera del duodeno; 112. Altre affezioni dello stomaco (escluso il cancro); 113. Diarrea ed enterite (al disotto di due anni di età); 114. Diarrea ed enterite (al disopra di due anni di età); 115. Anchilostomia; 116 Malattie dovute a parassiti intestinali: *a*) cestodi (non comprese le idatidi del fegato), *b*) trematodi, *c*) nematodi, *d*) coccidii, *e*) altri, *f*) parassiti non specificati; 117. Appendicite e tiflite; 118. Ernia, occlusione intestinale: *a*) ernia, *b*) occlusione intestinale; 119. Affezioni dell'ano e fistole stercoracee; 119-bis. Altre affezioni dell'intestino; 120. Atrofia gialla acuta del fegato; 121. Cisti idatidi del fegato; 122. Cirrosi del fegato: *a*) cirrosi alcoolica del fegato, *b*) cirrosi del fegato non indicata come alcoolica; 123. Calcoli biliari; 124. Altre affezioni del fegato; 125. Malattie del pancreas; 126. Peritonite senza causa indicata; 127. Altre malattie dell'apparato digerente (cancro e tubercolosi escluse).

VII. — *Affezioni non veneree dell'apparato genito-urinario e dei suoi annessi.*

128. Nefrite acuta (incluse le nefriti senza qualifica al disotto di 10 anni di età); 129. Nefrite cronica (incluse le nefriti senza qualifica al disopra di 10 anni di età); 130. Chiluria; 131. Altre affezioni dei reni e dei loro annessi (non comprese le malattie gravidiche dei reni); 132. Calcoli delle vie urinarie; 133. Affezioni della vescica; 134. Affezioni dell'uretra, ascessi urinarii, etc: *a*) restringimento dell'uretra, *b*) altre; 135. Affezioni della prostata; 136. Affezioni non veneree degli organi genitali dell'uomo; 137. Cisti o altri tumori non maligni dell'ovaio; 138. Salpingite o ascessi del bacino; 139. Tumore uterino non canceroso; 140. Metrite; 140-bis. Emorragia uterina non puerperale; 141. Altre affezioni degli organi genitali della donna; 142. Affezioni non puerperali della mammella.

VIII. — *Stato puerperale.*

143. Parto normale; 143-bis. Accidenti della gravidanza: *a*) aborto, *b*) gestazione ectopica, *c*) altri accidenti della gravidanza; 144. Emorragia puerperale; 145. Altri accidenti del parto; 146. Setticemia puerperale; 147. *Phlegmasia alba dolens.* Embolie o morti improvvise puerperali; 148. Albuminuria o eclampsia puerperale; 149. Conseguenze del parto; 150. Affezioni puerperali della mammella.

IX. — *Affezioni della pelle o del tessuto cellulare.*

151. Gangrena; 152. Furuncolo; 153. Flemmone, ascesso caldo; 154. Tigna; 154-bis. Scabbia; 155. Altre affezioni della pelle e dei suoi annessi.

X. — *Affezioni delle ossa e degli organi della locomozione.*

156. Affezioni delle ossa (eccetto le tubercolari); 157. Affezioni delle articolazioni (tubercolosi e reumatismo eccettuato); 158. Altre affezioni delle ossa o degli organi della locomozione.

XI. — *Vizi di conformazione.*

159. Vizi di conformazione congeniti (non compresi i nati-morti).

XII. — *Prima età.*

160. Lattanti usciti dall'ospedale senza essere stati malati; 160-bis. Debolezza congenita; 161. Nascita prematura o conseguenze del parto; 162. Altre affezioni speciali della prima età; 163. Mancanza di assistenza.

XIII. — *Vecchiaia.*

164. Senilità.

XIV. — *Affezioni prodotte da cause esterne.*

165. Suicidio da ingestione di veleni solidi o liquidi; 166. Assorbimento volontario di sostanze corrosive; 167. Suicidio da ingestione di gas velenosi; 168. Suicidio per strangolamento o impiccamento; 169. Suicidio per annegamento; 170. Suicidio con arma da fuoco; 171. Suicidio con strumenti da punta o taglio; 172. Suicidio da precipitazione dall'alto; 173. Suicidio da schiacciamento; 174. Altri suicidi; 175. Avvelenamenti alimentari; 176. Morsi di animali velenosi; 177. Altri avvelenamenti acuti; 178. Incendio; 179. Scottature (prodotte da cause differenti da incendi); 180. Soffocazione meccanica accidentale; 181. Assorbimento di gas irrespirabili o tossici; 182. Annegamento accidentale; 183. Traumatismi da armi da fuoco (escluse le ferite di guerra); 184. Traumatismi da strumenti da taglio o punta; 185. Traumatismi da caduta; 186. Traumatismi da mine o cave; 187. Traumatismi da macchine; 188. Traumatismi da altri investimenti (vetture, treni, ecc.); 189. Violenze esterne da parte di animali; 190. Ferite di guerra; 191. Esecuzioni di civili da parte delle armate belligeranti; 192. Eccesso di lavoro (*surmenage*); 192-bis Fame o sete; 193. Freddo eccessivo; 194. Caldo eccessivo; 195. Fulmine; 196. Altre commozioni elettriche; 197. Omicidî con arma da fuoco; 198. Omicidi con armi da taglio o da punta; 199. Omicidî con altri mezzi; 200. Infanticidio (uccisione di bambino al disotto di un anno); 201. Lussazione; 201-bis. Distorsione; 201-ter. Frattura; 202. Altre violenze esterne; 203. Morti violente da causa sconosciuta.

XV. — *Malattie mal definite.*

204. Morte improvvisa; 205. Malattia non specificata o mal definita; 205-bis. Malattia inesistente: simulazione; 206. Insieme di malattie omesse perchè causarono meno di dieci decessi. G. G.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Di un'utile funzione degli Ordini dei medici.

Gli Ordini dei medici, malgrado l'autorità e la operosità dei colleghi egregi che vi sono preposti, non hanno ancora diffuso nella classe quel sentimento di simpatia e di fiducia, che pur sarebbe tanto utile per il loro efficace funzionamento. Tanto che le varie categorie di sanitarî per la tutela dei proprî interessi hanno provveduto e provvedono alla costituzione di numerose associazioni particolari. Oltre all'Associazione dei medici condotti, che tanto ha prosperato e tanti beneficî ha ottenuto ai suoi soci, sono sorte e fioriscono numerose società, leghe e sindacati con le rispettive Federazioni. V'è la organizzazione dei liberi professionisti, degli ospedalieri, dei medici ferroviarî, degli infortunisti, degli ufficiali medici della Croce Rossa e simili.

La istituzione di tante associazioni è la prova più dimostrativa se non della inutilità degli Ordini dei medici, come si pretende dai più esigenti, ma della scarsa o relativa efficienza degli Ordini stessi nella tutela dei diritti di classe.

Bisogna riconoscere che la esagerazione e la severità di giudizî hanno origine dalla sproporzione tra le funzioni di tali istituti, così come sono definite dalla legge, e la illusoria concezione diffusasi nella maggioranza dei sanitari che essi costituissero leghe di resistenza col vantaggio del riconoscimento legale.

E le delusioni avrebbero condotto da tempo alla fine degli Ordini come istituzioni non solo inutili, ma ingombranti e fiscali, se uomini autorevoli e chiaroveggenti, che per fortuna della classe si son trovati alla loro direzione, non avessero compreso che il miglior mezzo per ottenere la unione dei medici, costituzionalmente insensibili alla disciplina dell'organizzazione, era quello di tenere in vita gli Ordini, e che il miglior mezzo di tenere in vita queste corporazioni era quello di adattarle, per quanto lo consenta la loro carta fondamentale, alle giuste e prevalenti esigenze della classe.

Questa volontà e capacità di adattamento dimostra un desiderio ed una possibilità di vita, che anche i più scettici devono prendere in considerazione ed apprezzare.

Gli Ordini vanno assumendo la funzione di tutela e di coordinazione delle singole associazioni di categoria, e per poco che queste si inducano a riconoscere e ad agevolare questa funzione essi assumeranno quell'autorità e quella forza, che sinora costituiva solo un irraggiungibile desiderio.

Gli Ordini dalle libere associazioni di categoria devono ricevere la spinta iniziale e trarne quella forza che solo può garantirne la vitalità, e nello stesso tempo irradiare quel prestigio che è elemento essenziale di successo.

Solo costituendo il centro di tutta la organizzazione professionale medica gli Ordini potranno assumere quel carattere di magistratura, che ora purtroppo si esplica soltanto nelle fastidiose quistioni di deontologia e di moralità professionale, potranno costituire collegi giudicanti i cui giudizî e pareri siano meglio considerati e più seguiti.

Così se agli Ordini fosse conferita una così fatta autorità l'iniziativa del Consiglio dell'Ordine di Roma in materia di tasse di esercizio su i medici sarebbe produttiva di effetti ben diversi da quelli che anche nelle più rosee previsioni si possono legittimamente presumere.

Il prof. Ballerini ha inviato al Sindaco di Roma una vibrata protesta per le eccessive ed inique tasse di esercizio imposte ai medici. E sta bene. Ma meglio sarebbe stato chiedere che sia prescritto agli uffici competenti di sentire il parere dei Consigli degli Ordini nella valutazione del reddito di ciascun professionista prima di procedere a qualsiasi tassazione.

Nel Belgio dove la tormenta fiscale si è abbattuta su per giù come in Italia, come in tutti gli altri paesi, i nostri colleghi, che posiedono un'organizzazione più rispettata se non più rispettabile, hanno ottenuto quanto da noi è forse vano sperare.

Ed a documentazione di quanto affermiamo riportiamo il telegramma inviato dal Ministro delle Finanze al Presidente della Fédération Médicale Belge:

«Bruxelles, le 6 juillet 1921.

«Monsieur le Président,

«En réponse à votre lettre, j'ai l'honneur de vour faire savoir que le 18 mars dernier, des instructions ont été données aux contrôleurs des contributions pour qu'en cas de doute au sujet des revenus professionnels déclarés par les médecins, le Président du groupement professionnel local ou régional soit consulté officieusement *préalablement* à la taxation d'office.

« Il serait désirable, en vue de faciliter l'exécution de cette mesure, que chaque président d'association professionnelle se fît connaître aux différents contrôleurs des contributions compétents dans les régions sur lesquelles s'étend l'influence de l'association ».

Pangloss.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9013) *Licenziamento di un medico stabile.* — Dott. V. G. da S. C. — L'avanzata età è motivo di licenziamento di un medico stabile, sempre quando, per effetto della protratta età, egli sia reso fisicamente inabile a continuare il servizio di condotta.

(9016) *Stabilità - Pensioni.* — Dott. R. A. da V. — Se non ha superato il concorso costà non potrà essere mai stabile giacchè gli anni di interinato sono computati nel periodo di prova o dopo di essersi ottenuta la nomina regolare a base di concorso. I primi 5 anni di inscrizione alla Cassa di previdenza sono congiunti a quelli che farà in seguito agli effetti della pensione.

(9017) *Contributo per il collegio degli orfani di Perugia.* — Dott. R. C. da M. — Il contributo pel collegio di Perugia si paga senza aggiungervi l'importo della cartolina-vaglia, che non è dalla legge prescritto. La spedizione delle somme può essere fatta anche con vaglia cambiario, che è gratuitamente emesso.

(9018) *Caro-viveri.* — Dott. V. R. da P. — Pel secondo caro-viveri si ha diritto a tante quote suppletive di cent. 85 al giorno per quanti sono i figli conviventi ed a carico.

(9019) *Elenco dei poveri - Pensioni.* — Dott. G. G. da S. F. — Circa l'eccessivo numero di famiglie inscritte nello elenco dei poveri non vi è altro rimedio che quello di promuovere la istituzione di una seconda condotta o di chiedere alla G. P. A. congruo aumento di stipendio ai sensi dello articolo 26 della legge sanitaria. Essendo la condotta limitata ai soli poveri, il medico condotto non può esigere compenso od altra utilità da persone iscritte nello elenco, senza esporsi al rischio di una denunzia. Chi si senta offeso di essere compreso fra i poveri, può fare istanza al Comune per esserne radiato. Avendo Ella aderito alla Cassa di previdenza posteriormente al 1909 non può riscattare i dodici anni di servizio, cui allude.

(9020) *Concorsi.* — Dott. G. N. da A. — Crediamo che nello affidamento datole dal Medico Provinciale si possa aver piena fiducia, trattandosi di un pubblico funzionario.

Doctor Justitia.

ATTI PARLAMENTARI.

Per l'esportazione delle uve da tavola in Germania.

L'on. Acerbo ha presentato la seguente interrogazione:

« Chiedo di interrogare il Governo per conoscere le ragioni del ritardo frapposto alla stipulazione della convenzione speciale col Governo tedesco circa l'esportazione in quello Stato delle nostre uve da tavola; e se non creda necessario affrontare tale stipulazione nell'interesse di tutta l'economia nazionale ».

CONCORSI.

Alberobello (*Bari*). — Scad. 30 sett. Medico-chirurgo-ostetrico condotto per i poveri del Comune e Frazione Correggia: popolaz. complessiva 10,000 abit. Stip. L. 3000 lorde di R. M. e contributo alla Cassa Previdenza Sanitari. Otto aumenti quadr.: i primi 4 di L. 800, e gli altri di L. 600 ognuno. Indennità di laurea in L. 1000 più 1/10 dello stipendio iniziale per l'assistenza ai poveri della Frazione Correggia lontana 3 km. dal Borgo. Indenn. caro-viv. Obbligo di residenza nel Comune. Numero dei poveri 1500; per un numero superiore — non oltre i 2500 — L. 2 all'anno per ciascun povero. Documenti di rito. Chiedere avviso di concorso al Comune di Alberobello (Bari).

Alessandria. — Scad. 20 settembre. Medico condotto del sobborgo di Castelferro con annesse frazioni di Portanova e Retorto. Stip. L. 5000, suscettibile di sei aumenti biennali in ragione del 4 per cento fino a raggiungere il massimo di L. 6200, ivi compresa la prima indennità c.-v., oltre L. 100 mensili a titolo della seconda indennità c.-v., lire 300 per la supplenza durante il mese di congedo annuale ed una delle seguenti indennità: lire 1500 per la cavalcatura, L. 800 per la motocicletta, L. 400 per la bicicletta, se sarà riconosciuto necessario l'uso di uno qualsiasi dei cennati mezzi di trasporto.

Appignano del Tronto (*Ascoli*). — Scad. 20 sett. Medico-chirurgo condotto residenziale, uff. sanit. Stip. L. 7000 fino a mille poveri e L. 2.50 per ogni inscritto in più nell'elenco con diritto al decimo dello stipendio dopo il primo sessennio e per gli altri due consecutivi.

Argenta (*Ferrara*). — Scad. 25 settembre. Quattro condotte: Consandolo, Ospitale e Traghetto, Filo, Bando. Stipendio per ogni condotta L. 7000; 2000 indenn. cavallo (ovvero 500 indenn. bicicletta); 3 lire ogni povero oltre i mille; doppio caro-viv. Documenti di rito, con i voti degli esami universitari e certificato idoneità fisica; età massima 34 anni, salvo i casi previsti dall'art. 27 e regolam. 19 luglio 1906. Per maggiori schiarimenti (estensione condotte, abitanti, ecc.), richiedere bando di concorso.

Bergantino (*Rovigo*). — Scad. 30 settembre. Medico condotto. Stip. L. 6000, oltre le due indennità caro-viv. e una eventuale terza indennità di

annue L. 500 nel caso che il medico non trovasse conveniente alloggio, più L. 1000 per l'uso della bicicletta, oppure L. 2500 per la cavalcatura, e L. 400 se incaricato delle funzioni di uff. sanitar.

BOARA POLESINE (*Rovigo*). — Scad. 15 settembre. Medico-chirurgo-ostetrico per l'unica condotta del Comune. Stip. L. 6000 fino a 1000 poveri e L. 100 per ogni gruppo di 50 poveri in più, oltre le due indennità caro-viv., L. 2500 per la cavalc., L. 400 quale uff. san., 5 aumenti quadriennali del decimo e l'alloggio gratuito.

CARRARA. — Scadenza 30 settembre. *Titolare della Sezione Oftalmica dell'Ospedale*, con l'obbligo della prestazione gratuita oftalmojatrica a domicilio per i poveri. Stipendio base 7000, più 500 subordinate all'approvazione della Commissione provinciale di beneficenza; caro-viv. 3000. Nette da ricchezza mobile. Domanda diretta al Presidente della Congregazione di carità; documenti di rito compreso stato famiglia e sana costituzione. La Congregazione può annullare o prorogare il concorso se i concorrenti non raggiungono il numero di quattro o se il prescelto della terna non accetta. Nomina per un biennio, eventuale, tacita riconferma, dopo di che resterà definitiva. Aumenti triennali di un quinto; compiuti i 60 anni, deve lasciare il posto. Età massima per il concorso anni 40.

CASTROCIELO (*Caserta*). — Scadenza 15 settembre. Condotta per i poveri; 6000 lorde; 800 per cavalc.; caro-viv. Certificato penale, di sana costituzione e buona condotta, in data non anteriore a tre mesi dal 15 agosto; esigesi certificato di leva e copia dello stato di servizio militare per i concorrenti di sesso maschile. Età massima 40 per chi non abbia prestato o presti servizio in condotte od osped.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Scadenza 15 sett. Due condotte residenziali rurali per Lerchi e San Majano, con residenza rispettivamente a Città di Castello e San Majano. Obbligo di cura per i poveri. Stipendio L. 6000 lorde (aumentabili di un decimo per tre quinquenni) per i primi 1000 poveri: oltre tal numero L. 2 annue per ogni inscritto nell'elenco. Se gli abbienti sono in numero inferiore a 300, si corrisponde indennità di L. 1000 e di 2000 se gli abbienti sono meno di 100. Per i meno abbienti si applica una tariffa di favore della metà di quella stabilita nell'Umbria per gli abbienti. Indennità di cavalcatura L. 3600; doppio caro-viv. Documenti di rito (data non anteriore a 3 mesi dal 27 luglio) compreso l'iscrizione in un Ordine dei sanitari.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Scadenza 30 settembre. Concorso per aiuto-chirurgo, per il servizio dei poveri, come gli verrà dettato dal Chirurgo primario; non servizio di condotta. Nomina per un biennio senza riconferme. Stipendio L. 6000 lorde, caro-viv., camera nei locali dell'Ospedale con obbligo di abitarvi. Documenti di rito, compreso sana costituzione, stato di famiglia, iscrizione all'Ordine dei Medici, non anteriori a tre mesi dal 10 agosto; preferenza a chi ha prestato servizio militare.

CORI (*Roma*). — Scad. 15 settembre. Due medici condotti, uno pel capoluogo e l'altro per la frazione Giulianello. Stip. L. 7000, oltre la doppia indenn. caro-viv. Popolazione tutta accentrata. Condotte residenziali.

FOLIGNO. — Scadenza 20 settembre. Ufficiale sanitario del Comune (260 kmq., 33,000 abitanti di cui 14,000 agglomerati). Direzione ufficio comunale di igiene e laboratorii, qualora venissero istituiti. Stipendio 10,000 (doppio caro-viveri e supplementare), aumentabili di un decimo per tre quinquenni. Concorso per titoli ed esami, da farsi in Perugia. Nomina per il biennio di prova. Documenti di rito, di data non anteriore a tre mesi; certificato di adempimento obbligo di leva. Età massima 45 anni.

LEONESSA (*Aquila*). — Scad. 30 settembre. Medico consorziale Terzone-Chiavano. Condotta residenziale. Stip. L. 6000 aumentabile di tre decimi quinquennali, oltre L. 2000 per cavalcatura, L. 2000 per indenn. residenza e doppia indenn. caro-viv. nella misura e per la durata di legge. Documenti di rito. Chiedere avviso di concorso.

MESSINA. — Concorso per titoli ed esami a cinque medici condotti per l'assistenza sanitaria gratuita per i poveri. Stip. lordo L. 6000, oltre cinque aumenti quadriennali di L. 500 ciascuno e il caro-viv. Il medico condotto ha l'obbligo di tenere a sue spese la cavalcatura, salvo l'indennità assegnata a tale titolo per altre circoscrizioni di condotta. Scad. 15 settembre.

MONTE PORZIO CATONE (*Roma*). — Scad. 30 sett. Medico-chirurgo. Stip. L. 7000 lorde con cinque aumenti quadriennali di L. 500 ciascuno, oltre l'indennità caro-viv. in L. 2400 e L. 300 quale uff. san.

PANICALE (*Umbria*). — Scadenza 25 settembre. Medico-chirurgo della 2ª condotta con cura residenziale. Stip. 6000 lorde con aumenti quinquennali del decimo; caro-viv.; indenn. cavalc. 2500. Assicurazione contro infortuni professionali a carico del Comune fino a L. 200 di premio. Documenti di rito compreso sana fisica costituzione di data non anteriore a sei mesi dal 20 agosto. L'aspirante non deve avere nè impegni con la Croce Rossa, nè obblighi di servizio militare, trascorso il periodo obbligatorio di reclutamento.

PERUGIA. — *R. Prefettura dell'Umbria*. — Concorso per titoli ed esami al posto di Ufficiale sanitario del Comune di Foligno. Stipendio lordo L. 10,000 (oltre la doppia temporanea indennità caro-viv. e supplementare) con tre aumenti quinquennali del decimo. Età massima anni 45. Domanda e documenti devono pervenire alla Prefettura entro il 20 settembre.

PORCIA (*Udine*). — Scadenza 20 settembre. Condotta in pianura, ottima viabilità; popolazione circa 6500. Stipendio 6000 per 1500 poveri e lire una per ogni povero in più. Indennità trasporto L. 2000; uff. san. 800; caro-viv. a norma di legge; tre aumenti quinquennali del decimo.

RIMINI. — Scadenza 20 settembre. Concorso per chirurgo primario del Comune e del Civico Ospe-

dale. Stipendio L. 12.000 lorde, aumentabili di un ventesimo ogni biennio e per dieci bienni. Onorari per atti operatori in ospedale ai non poveri, in ragione di 85 % delle tariffe dell'Ordine dei medici di Forlì. Documenti di rito, di data non anteriore a tre mesi dal 20 agosto, compresa sana costituzione. L'aspirante deve comprovare di aver diretto per almeno tre anni una sezione chirurgica di ospedale importante, civile o militare se durante il periodo bellico, ovvero di essere stato per cinque anni aiuto di cliniche chirurgiche di importanti ospedali civili, od anche militari se durante il periodo bellico. Non vi sono limiti di età per chi è a servizio di pubbliche amministrazioni.

RIVOLTO (*Udine*). — Scad. 15 settembre. Medico-chirurgo-ostetrico condotto per le sole famiglie inscritte nell'elenco dei poveri. Stip. L. 6000 fino a 1000 poveri con tre aumenti quinquennali del decimo, oltre le due indennità caro-viv., L. 2000 per cavalcatura, L. 700 quale uff. sanitario.

S. CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 31 ottobre. Medico-chirurgo della terza condotta del Comune con residenza nella frazione di Palazzone. Stip. L. 5000 con otto aumenti triennali del ventesimo, oltre L. 3000 per il mezzo di trasporto e la indennità caro-viv. nella misura stabilita per gli impiegati governativi.

SOPRAPONTE e VALLIO (*Brescia*). — Consorzio. Scadenza 30 settembre. Abitanti 2177, poveri 1400. Stipendio 5000; indenn. trasporto 700; indenn. condotta montuosa 800; uff. san. 300; doppio caro-viv. Vicinanza tram, ferrovia.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Scad. 15 settembre. Medico-chirurgo con condotta residenziale, nella frazione di Montecastelli. Stip. L. 6000 lorde con tre aumenti quinquennali del decimo, oltre la doppia indennità caro-viv.

VALSINNI (*Potenza*). — Scad. 31 ottobre. Condotta per i poveri. Stipendio L. 3000 aumentabili per sei quadrienni. Diritti e doveri come da capitolato-tipo provinciale.

VARAPODIO (*Reggio Calabria*). — Scad. 30 sett. Medico-chirurgo condotto per i poveri del Comune con lo stipendio annuo di L. 4000 per le prime cento famiglie povere e l'indennità di L. 5 per ogni famiglia se il numero supererà le 100; L. 600 annue per stipendio quale Ufficiale san.; sussidio governativo per campagna antimalarica, liquidata anno per anno; cinque aumenti quadriennali pari ciascuno al decimo dello stipendio e il caro-viv, e doppio caro-viv. come per legge.

VARAPODIO (*Reggio Calabria*). — Poveri; L. 4000 per le prime cento famiglie e L. 5 per ogni famiglia in più; L. 600 per uff. san.; sussidio governativo per campagna antimalarica, liquidata anno per anno; cinque quadrienni del decimo; doppio caro-viv. Scad. 30 settembre.

SANREMO. *Kurhaus.* — Cercansi primo e secondo assistente. Esigesi perfetta conoscenza delle lingue inglese, francese, tedesca ed una fondata coltura in patologia medica. Alloggio e vitto gratuiti nel Kurhaus; stipendio L. 8000 per il primo assistente, 6000 per il secondo. Il Kurhaus è aperto dall'ottobre al maggio. Rivolgersi con serie referenze al Direttore medico del Kurhaus, prof. Giovanni Galli.

Cercasi medico-chirurgo interino che possa assumere servizio il 15 settembre. Rivolgersi al Comune di Montalto di Castro (Roma).

Giovane medico-chirurgo, perfezionato in clinica ostetrico-ginecologica e pratica ospedaliera, accetterebbe interinato anche subito, qualunque paese della provincia di Roma, Marche, Piemonte, Lombardia, Emilia, Trentino. Scrivere al dott. L. Bontempi - Palmoli (Chieti).

Accetterebbesi interinato. Scrivere: dott. D'Ambrosi - Castro dei Volsci (Roma).

Diffide.

È diffidato il concorso del Consorzio di Massino e Nebbiuno (Novara) per condizioni di stipendio inferiori a quelle stabilite dal Gruppo Provinciale Novarese dell'Associazione Nazionale Medici Cond.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al prof. Ernesto Pestalozza, eletto preside della Facoltà Medica di Roma, facciamo i nostri rallegramenti cordiali.

Sir Claude Hill è stato nominato Direttore Generale della Lega delle Croci Rosse.

Il dott. René Sand, Segretario della Fondazione Universitaria di Bruxelles, libero docente nella stessa Università e membro corrispondente della R. Accademia di Medicina del Belgio, è stato nominato Segretario Generale della Lega delle Croci Rosse.

Il dott. Sand è specializzato in Medicina sociale, ha compiuto per incarico del suo Governo parecchie missioni all'estero, fra l'altro nel 1918 eseguì un'inchiesta in Inghilterra e negli Stati Uniti sopra l'organizzazione industriale, la medicina sociale e l'educazione civile. Dietro invito dell'Ufficio Federale Americano dell'Infanzia ritornò in America nel 1919 per studiarvi i più importanti problemi sociali.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso Nazionale per la protezione della prima infanzia.

Il Comune di Roma, che per primo, in Italia, ha ufficialmente istituito fin dal 1903 per l'assistenza al lattante numerose opere pubbliche e private, ha preso l'iniziativa di indire nei giorni dal 20 al 22 ottobre questo Congresso, per un'intesa cordiale fra gli studiosi e le persone di azione, allo scopo di ottenere i migliori risultati a vantaggio della prima infanzia.

I temi proposti per la discussione sono:

1° *Profilassi prenatale* (dott. Artom - Roma).

2° *Profilassi antitubercolare della prima infanzia* (prof. Caronia - Napoli).

3° *Profilassi contro le malattie gastro-intestinali della prima infanzia* (proff. Gutierrez e Albertini - Milano).

Le adesioni vanno inviate non oltre il 5 ottobre p. v. al Segretario generale, prof. dott. Luigi Spolverini, Ufficio d'Igiene, via Merulana 123; sono assicurati ribassi ferroviarî. La tessera d'iscrizione è gratuita.

Un grande convegno a Trieste per i problemi dell'assistenza.

La Commissione esecutiva della Federazione italiana delle Società di mutuo soccorso, Casse ed Istituti di previdenza, ha preso in esame le condizioni in cui si svolge in Italia l'assistenza medica, farmaceutica e spedaliera, ed ha ritenuto che l'unico mezzo per imprimere una sistemazione razionale a questi servizi e per assicurare il loro regolare funzionamento consiste nell'attuazione dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

A questo scopo ha deciso di estendere il campo dell'agitazione, fin qui limitato alle organizzazioni operaie di previdenza e di resistenza, a tutti gli organi e istituti interessati in questa questione.

È stato deciso, di conseguenza, di convocare in Trieste, per il giorno 2 ottobre p. v., un grande convegno al quale saranno invitati, oltre le organizzazioni operaie, la Lega dei Comuni, la Lega dei medici, il Gruppo parlamentare socialista, i tubercolotici e gli invalidi di guerra, ecc.

La scelta di Trieste come sede del Convegno è stata consigliata anche come mezzo per offrire ai partecipanti al medesimo la possibilità di esaminare il funzionamento pratico degli organi dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie e di tutte le istituzioni sussidiarie per la prevenzione delle medesime, per la cura e l'assistenza degli ammalati.

Un Istituto per lo studio della batteriologia teorica.

Rogers ha prospettato all'ultima riunione dei batteriologi americani la necessità di organizzare un laboratorio per lo studio dei problemi della batteriologia generale indipendentemente dalle applicazioni pratiche.

Oggi la batteriologia è studiata da medici o da agrarii i quali non hanno nè il tempo nè spesso la capacità di affrontare lo studio dei problemi fondamentali generali sulla biologia bacterica.

Rogers propone lo studio dei seguenti problemi: natura dei bacterii, struttura della cellula, riproduzione, ciclo vitale, rapporti dei bacterii tra loro e con gli altri organismi, tassonomia, fisiologia e metabolismo bacterico.

Il laboratorio largamente impiantato dovrebbe avere una dotazione annuale di almeno 25,000 dollari (500,000 lire oro).

Per la difesa antitubercolare.

Presso l'Istituto di accertamento diagnostico-profilattico dell'O. P. Poliambulanza milanese hanno avuto luogo gli esami del primo corso di assistenza sanitaria e per visitatrici dei dispensari antitubercolari.

La Commissione esaminatrice, presieduta dal prof. Devoto, ha confermato nei buoni risultati avuti l'utilità sociale della iniziativa che si propone la preparazione teorica e tecnica del personale femminile che intende specializzarsi nell'opera di assistenza dispensariale e domiciliare per la difesa sociale contro la tubercolosi.

I soccorsi sanitarî ai feriti nello scontro ferroviario della Magliana.

I soccorsi ai feriti nel gravissimo disastro della Magliana furono apportati con encomiabile prontezza. Tutte le organizzazioni sanitarie della Capitale inviarono sul luogo del sinistro medici, infermieri, materiale di soccorso e di trasporto dei feriti.

Primi ad accorrere furono il medico ispettore dell'Ufficio municipale d'Igiene, prof. Pecori, ed i medici condotti dottori Albacini e Franco, che si prodigarono nel dare assistenza e conforto ai superstiti e provvidero al trasporto dei feriti con autoambulanze.

Poco dopo giungevano i soccorsi della Sanità Militare organizzati dal Colonnello medico dottor Riva, che insieme ad altri ufficiali medici, i dottori Alinei e Curbasci, si recarono prontamente sul posto. Furono seguiti poco dopo dai Ten. colonnelli proff. Caccia e Ricci, dal maggiore Romano e dal capitano Marconi.

Anche la Croce Rossa inviò rapidissimamente abbondante materiale di soccorso e numeroso personale guidato dal Colonnello Baduel, dal T. colonnello dott. Bisso, dal capitano dott. Zeno e dal tenente Pandolfo.

Del Servizio Sanitario delle Ferrovie si recarono alla Magliana con un treno soccorso i dottori Martirano, Pagliano, Tomassi, Teppati, Dragotti, Tata e Falcioni.

Il servizio di soccorso ai feriti nella stazione di Roma-Termini fu diretto dal Capo divisione delle Ferrovie, dott. Baldi.

I numerosi feriti trasportati agli Ospedali della Consolazione, di S. Giovanni, del Policlinico, di S. Spirito e di S. Giacomo si ebbero rapidamente le cure opportune.

Il 25 agosto 1921 è morto in Roma il dott. PELLEGRINO ASCARELLI.

Nato il 23 marzo 1865, si laureò nell'Università di Roma il 20 luglio 1890. Per concorso ottenne i posti di alunno interno di medicina, aggiunto e poi assistente ed infine aiuto negli Ospedali di Roma. Fin da giovanissimo aveva dovuto dedicare le sue cure alla propria famiglia per la morte immatura del padre dal quale aveva ereditato la passione per gli studi medici, che egli ha poi sempre coltivato con ricco amore. Per la sua grande capacità professionale, per le doti sue personali egli si era acquistato una larga simpatia tra i colleghi e nel pubblico, tanto che era stato presto chiamato ad occupare importanti uffici in molte istituzioni cittadine sanitarie e di assistenza sociale, nella Commissione direttiva degli Asili

infantili israelitici, alla Croce Bianca, nella Società contro l'accattonaggio, nel Consiglio direttivo degli Ospedali riuniti, nella Congregazione di Carità (consigliere prima e deputato poi) che lasciò il 7 gennaio 1913 essendo stato chiamato a far parte della Giunta Comunale (Amministrazione Nathan), al Consiglio federale degli Ordini dei medici che lo inviò come delegato, insieme al professor Mazzoni, al Congresso internazionale di Medicina a Madrid, ecc., ecc.

Durante la grande guerra egli ha fatto parte del Comitato Romano per la organizzazione civile, ed ha prestato servizio, come capitano medico assimilato, all'Ospedale Goffredo Mameli dal 1° luglio 1915 fino alla chiusura dell'Ospedale stesso.

In tutti gli uffici che Pellegrino Ascarelli ha ricoperto egli ha mostrato il suo valore medico non comune unito ad una grande modestia, coltura vasta, operosità costante, bontà e gentilezza squisite unite ad un carattere saldo; doti che lo hanno fatto sempre desiderare dai malati, ed amare dai conoscenti, dai colleghi, dagli amici e dai dipendenti. Coloro che lo ebbero nella intimità possono inoltre testimoniare del nobile disinteresse mostrato con squisita delicatezza nell'esercizio professionale.

Egli ha sopportato signorilmente sereno la grave malattia che lo ha tolto alla vita: parlava e discuteva sulle possibilità diagnostiche tutte gravi con tranquillità meravigliosa, tranquillità che solo il pensiero della Compagna devota e dei figli valevano a turbare.

Con Pellegrino Ascarelli si è spento un medico di valore, un cittadino ottimo, un padre esemplare.

Prof. A. GIANNELLI.

È morto il tenente generale Sir DAVID HENDERSON, Direttore Generale della Lega delle Croci Rosse.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

La Radiologia Medica, giugno. — A. MAFFI. Le fasi di evoluzione della tubercolosi osteoarticolare nell'immagine radiologica.

Medical Record, 16 luglio. — H. GRCELEY. Malattie polmonari croniche non tubercolari. — W. DIEFFENBACH e BACKER SAVAGE. Effetti deleteri del trattamento bromico nelle malattie nervose.

Berliner klin. Woch., 1° agosto. — B. FISCHER. Le iniezioni endovenose di olio canforato.

Wiener klin. Woch., 28 luglio. — P. ALBRECHT. Il trattamento moderno delle ferite.

La Medecina Ibera, 30 luglio. — C. COMPAIRED. Sordità e vertigini come infortuni sul lavoro.

Rivista Ospedaliera, 15 giugno. — S. ROMANELLI. La prognosi dell'asma.

Riv. di Clinica pediatrica, maggio. — F. SILVESTRI. Contro l'uso del latte annacquato nell'alimentazione del lattante.

Presse médicale, 30 luglio. — VAQUEZ, BORDET e SCHRUMPF-PIERRON. La radioterapia profonda.

The Practitioner, agosto. — L. ROGERS. Trattamento della lebbra. — E. JENKINS. Cattivo uso dei vaccini autogeni.

British med. Journ., 30 luglio. — B. BRACKENBURG. Lo psicologo nella vita pubblica.

The Lancet, 30 luglio. — F. L. GOLLA. Lo studio obbiettivo delle neurosi.

Riv. di Patologia nervosa e mentale. — A. FERRARO. La prova di P. Marie-Bébagne per la ricerca dei disturbi di orientazione.

L'Ospedale Maggiore, 30 giugno. — A. AGOSTA. Studio sperimentale sull'aritmia del cuore.

Revista Médica del Uruguay, giugno. — G. N. MARTINEZ. Sindrome asteniforme.

Revue neurologique, maggio. — L. BARRAQUER. Sul riflesso plantare patologico. — L. ALQUIER. La cefalea da ingorgo linfatico.

Bulletin Académie de médecine, 19 luglio. — CH. ACHARD e J. THIERS. Virilismo pilare e insufficienza glicolitica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed. resp.*

ANNO XXVIII — Roma, 19 Settembre 1921 — Fasc. 38

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA GENERALE E BATTERIOLOGIA DELLA UNIVERSITÀ DI FERRARA.

Contributo sperimentale allo studio della pressione arteriosa del sangue.

Dott. ALBERTO MARRASSINI, direttore.

Effetti delle infusioni di soluzione di cloruro di sodio, eseguite con varia modalità dopo salassi modici ripetuti.

Effetti delle trasfusioni di sangue defibrinato, eseguite durante e dopo l'abbassamento della pressione arteriosa, provocato da sottrazioni sanguigne, seguite o no da infusioni di soluzione di cloruro di sodio.

In due precedenti memorie (1) ho esposto i fenomeni che si ottengono nel cane colle infusioni compensatrici di soluzione di cloruro di sodio, eseguite dopo salassi abbondanti, tali da ridurre la pressione arteriosa fino a zero e da provocare l'arresto del respiro e del polso; quelli che si ottengono praticando ripetuti salassi modici, accompagnati da infusioni contemporanee compensatrici di soluzione clorurosodica, e gli altri ottenuti colle infusioni di masse di acqua salata, quando la pressione era stata ridotta a limiti molto bassi con uno dei meccanismi precedenti.

Poichè in qualche caso dopo la infusione massiva, eseguita allorchè la pressione era molto bassa, avevo ottenuto un elevamento della pressione stessa — elevamento, che si era mantenuto a lungo e che era stato accompagnato da una consecutiva spiccata concentrazione del sangue, rilevata dall'aumento della percentuale emoglobinica —, mi è parso mettesse conto studiare, in una

III Serie di esperimenti

le *conseguenze delle sostituzioni di masse sanguigne con soluzione di cloruro di sodio, ottenute con altre modalità*, e precisamente: *a*) eseguendo la infusione d'acqua salata compensatrice successivamente a ciascun salasso; *b*) eseguendo salassi frazionati fino a ridurre la pressione arteriosa a limiti molto bassi, e facendo poi seguire frazionatamente e lentamente le infusioni clorurosodiche compensatrici; *c*) eseguendo salassi modici e ripetuti fino a ridurre la pressione a limiti molto bassi, facendo poi seguire una infusione d'acqua salata compensatrice, massiva, rapida.

(1) A. MARRASSINI. *a*) *Archivio di Fisiologia*, vol. XVIII, 1920; *b*) *Arch. p. le Sc. Med.*, 1921.

NOTA. — Per esigenze della stampa sono stati omessi i protocolli delle esperienze.

Il metodo, seguito in ciascun esperimento, è quello stesso riferito nella prima memoria sull'argomento, salvo lievi variazioni indicate in ciascun protocollo.

I risultati ottenuti eseguendo sia rapidamente, sia lentamente e frazionatamente, le infusioni compensatrici di acqua salata dopo ciascun salasso modico, hanno mostrato un abbassamento progressivo della pressione, fondamentalmente simile a quello ottenuto coi salassi frazionati, accompagnati da contemporanee infusioni compensatrici della stessa soluzione di cloruro di sodio. (Fig. 1ª, cane II).

ne clorurosodica frazionate, lente (Fig. 2ª, Cane IV) e quelle massive, rapide (Fig. 3ª, Cane XV) compensatrici, eseguite dopochè la pressione arteriosa è stata abbassata mediante salassi modici e ripetuti, hanno dato risultati vari e corrispondenti presso a poco a quelli ottenuti colle stesse infusioni compensatrici, eseguite dopo salassi abbondanti, rapidi ed altrove descritti, salvo un rialzamento della pressione generalmente assai meno spiccato.

Certo è che risulta in modo evidente da queste, come dalle precedenti esperienze, che le infusioni, eseguite con qualunque modalità, val-

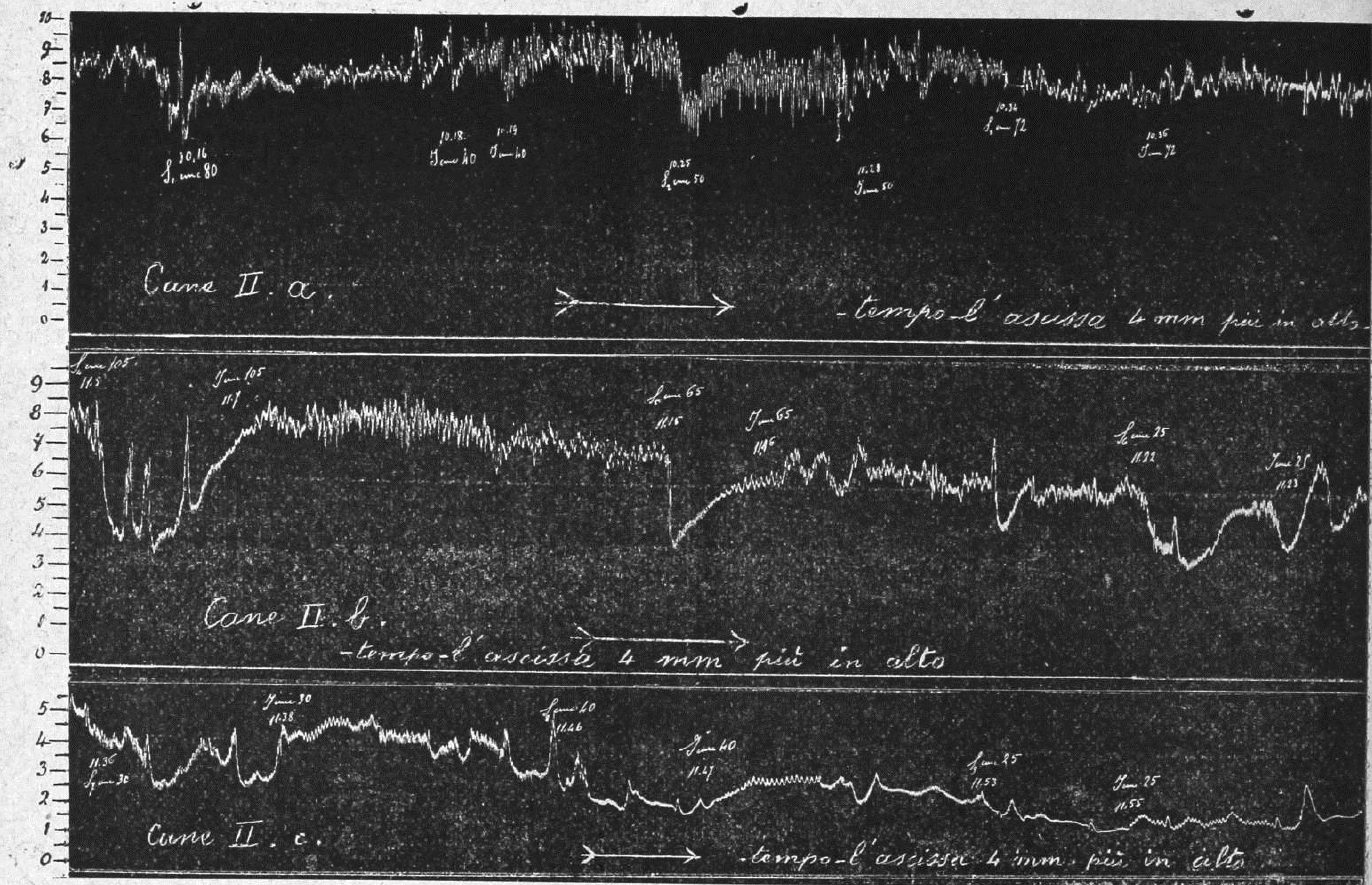


Fig. 1. — Cane II. - Serie III (*a*).

Gli esperimenti, in cui sono stati eseguiti salassi modici ripetuti, compensati con infusioni di acqua salata, lente e frazionate o massive e rapide, quando la pressione arteriosa era già più o meno spiccatamente abbassata, hanno mostrato: *a*) che i salassi frazionati, non accompagnati da infusioni, determinano un abbassamento progressivo della pressione arteriosa molto simile a quello che si ottiene quando si accompagnino i salassi con infusioni contemporanee compensatrici di acqua salata al 0,7 % (1); *b*) che le infusioni di soluzio-

gono a rielevare durevolmente in vario grado la pressione arteriosa quando essa è discesa a limiti molto bassi, e che quando sono eseguite contemporaneamente ai salassi, valgono

(1) Non è possibile stabilire un rapporto preciso, tra la progressione di discesa della pressione e la quantità relativa di sangue estratto ogni volta, occorrendo una esatta conoscenza della massa totale del sangue, per la quale manca un mezzo di determinazione degno di attendibilità. D'altra parte il calcolo della quantità esatta assoluta di sangue estratto durante i salassi, accompagnati da infusione contemporanea, è reso impossibile per la varia quantità di liquido che viene eliminata od assunta volta per volta, come già dimostrai in una delle precedenti memorie (l. c.).

Ma il fatto che la pressione, quando è stata abbassata mediante salassi modici, ripetuti, può rielevarsi in vario grado mediante le in-

a spingere la sottrazione sanguigna a limiti molto lontani, come ha dimostrato l'esame colorimetrico.

Ciò, per lo meno, non consente di generalizzare la conclusione di Nothdurft (1), il quale vorrebbe sostenere che, si sostituisca o no con infusione la massa sanguigna sottratta, l'animale muore sempre quando ha perduto una quantità di sangue assoluta, corrispondente ai 2/3 della massa totale; d'altra parte rende ragione dei risultati ottenuti da Pellacani (2), il quale, nel cane, è riuscito colle infusioni successive ai salassi ad asportare masse sanguigne superiori, mantenendo in vita gli animali; di quelli ottenuti da Brodin, Richet e Saint-Girons (1), i quali con le infusioni sarebbero riusciti a ridurre la massa globulare al 5 %, e dà ragione altresì di tutti gli altri risultati clinici e sperimentali che parlano nello stesso senso.

***

Ma se rimane in tal modo dimostrata la efficacia delle infusioni a scongiurare in vario grado gli effetti dovuti alle vaste perdite sanguigne, noi non abbiamo tuttavia argomenti diretti per giudicare se di fatto, come vorrebbero alcuni autori, esse possano non soltanto sostituire, ma perfino riuscire più utili delle trasfusioni di sangue omogeneo.

E poichè le trasfusioni di sangue, fatte in coda a qualcuno degli esperimenti precedenti, mi avevano dato risultati incerti, mentre d'altra parte esistevano quelli chiari di Sanquirico (2), Bizzozero (3), ecc., i quali erano riusciti a mantenere in vita dei cani perfino so-

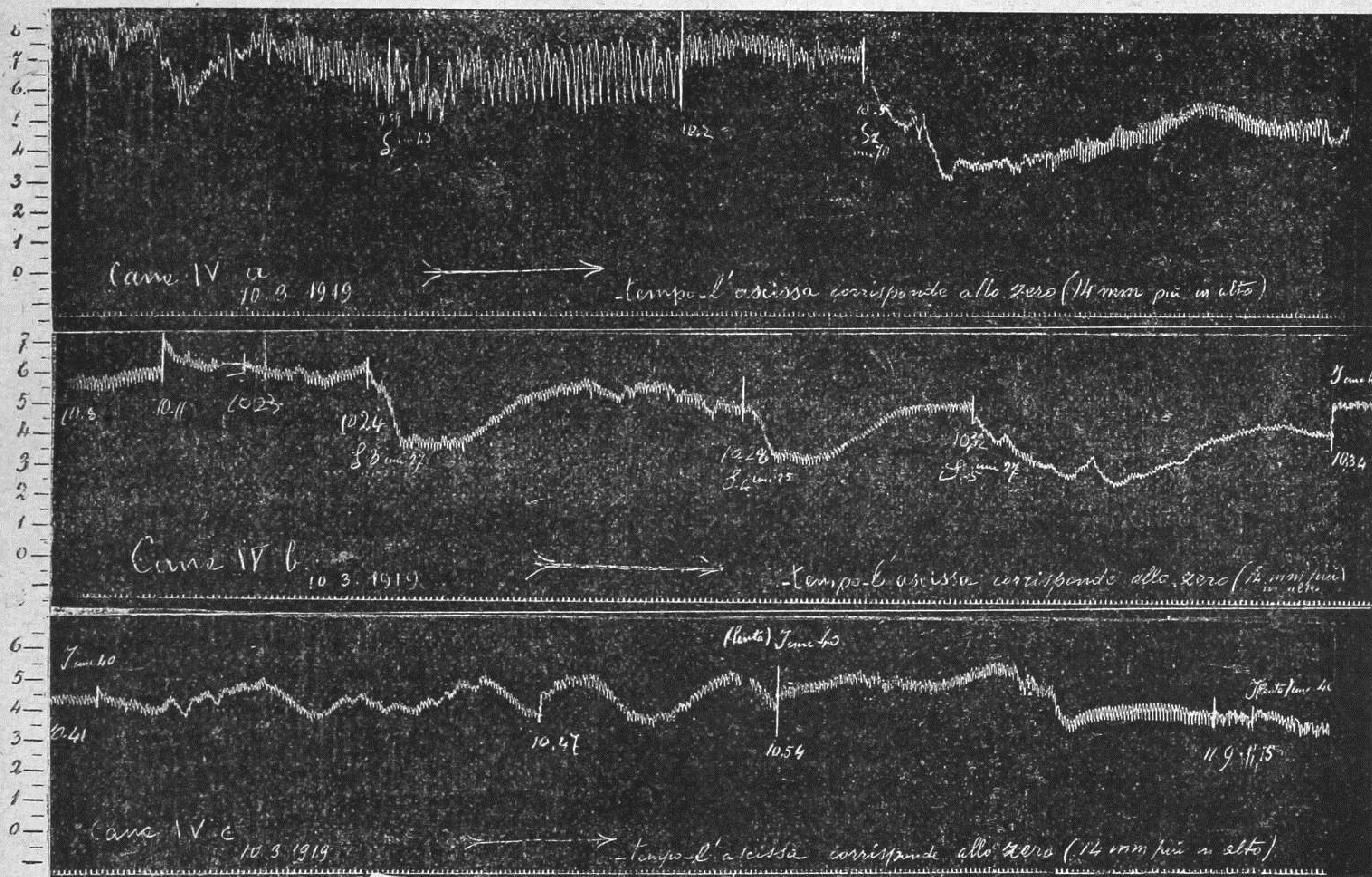


Fig. 2. — Cane IV. - Serie III (*b*).

---

fusioni eseguite colle diverse modalità descritte, e l'altro che, accompagnando i salassi con contemporanee infusioni, una parte del liquido infuso rimane nei vasi, rendono probabile che nei salassi accompagnati da infusione, la discesa della pressione segua una linea meno inclinata. A ciò condurrebbe anche il calcolo in quegli ampi limiti di errore, che gli vanno connessi.

(1) NOTHDURFT. *Zeitsch. f. exper. Path. u. Therapie*, 1911, Bd. 9, S. 340.

(2) PELLACANI. *Arch. p. le Sc. Med.*, 1882, vol. V, p. 259.

(1) BRODIN, RICHET e SAINT-GIRONS. *Journ. de Phys. et de Path. gén.*, 1919, n. 1, p. 8.

(2) SANQUIRICO. *Arch. p. le Sc. Mediche*, 1883, vol. 7, p. 219.

(3) BIZZOZERO e SANQUIRICO. *Arch. p. le Sc. Mediche*, 1886, vol. 9, p. 342.

stituendo più che tutta la massa sanguigna con sangue defibrinato, ho voluto ripetere alcuni esperimenti *ex novo* su altri animali. Essi fanno parte della

IVª Serie.

Ho eseguito un primo esperimento sopra un grosso cane di Kg. 20,900 (Cane XXII), al quale ho tolto, per la vena femorale di un lato (1), cmc. 500 di sangue (che ho defibrinato, filtrato per garza e posto in bagnomaria a 38°), ed ho accompagnato il salasso con una infusione, per la vena femorale del lato opposto, di ugual quantità di soluzione di NaCl al 0.7 % ed a 38°.

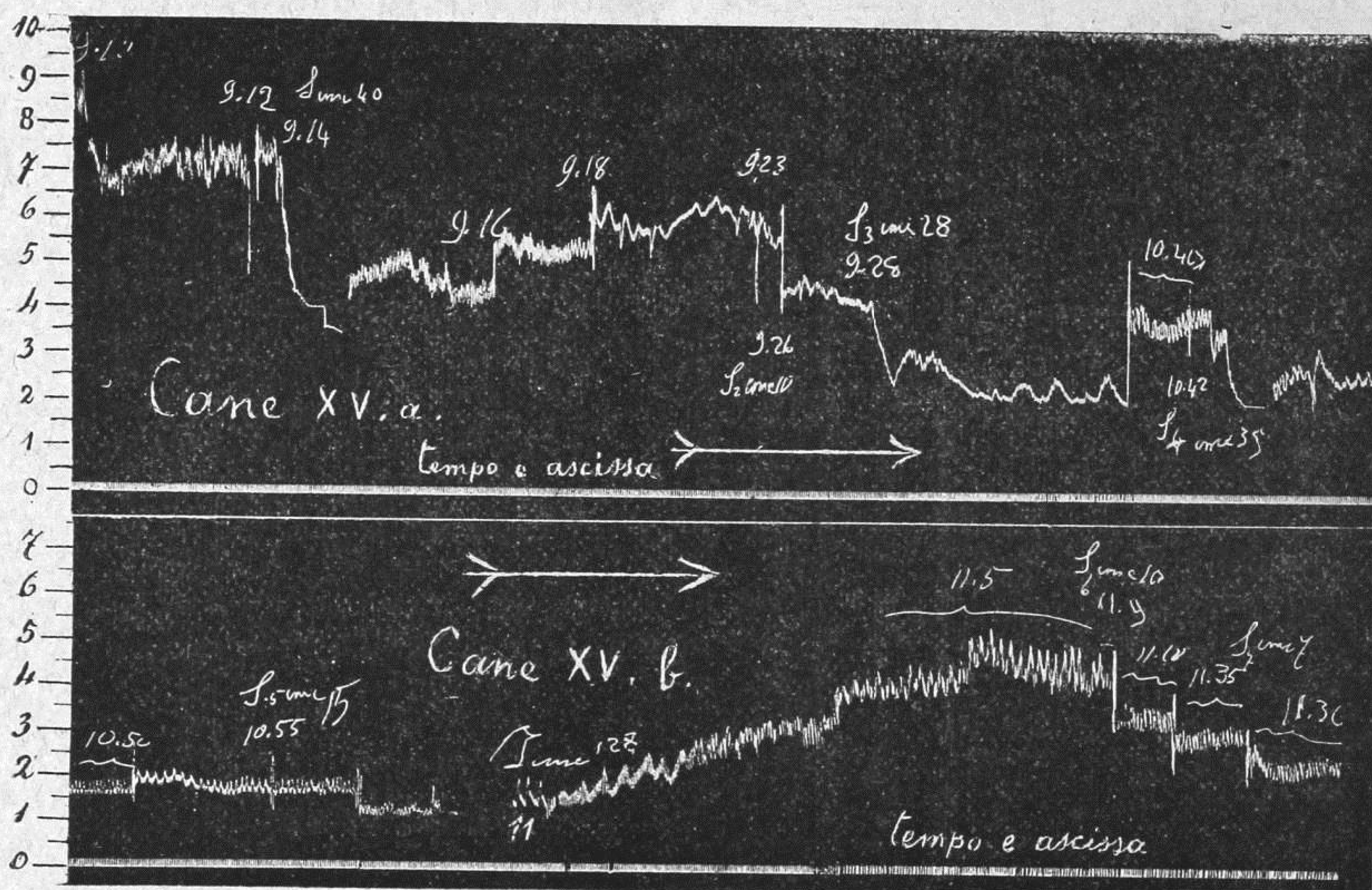


Fig. 3. — Cane XV. - Serie III (*b*).

La pressione arteriosa media da mm. 140 è scesa a 132 mm.

Dopo 20 minuti ho ripetuto la sostituzione, e la pressione arteriosa è scesa ad una media di 40 mm.

Dopo altri 15 minuti, essendosi mantenuta la pressione costantemente tra mm. 40 e 44, ho trasfuso 400 cmc. del sangue defibrinato, tolto coi due salassi precedenti e mescolato.

Alla trasfusione non ho accompagnato nè fatto precedere alcun salasso, e ciò allo scopo di vedere il comportamento di questa trasfusione massiva di sangue in confronto delle infusioni massive di soluzione di cloruro di sodio, quali avevo praticato sufficientemente numerose negli esperimenti che fanno parte delle precedenti memorie.

Mentre le infusioni di soluzione di cloruro di sodio, eseguite quando la pressione era molto bassa, o non davano che tenui elevazioni della pressione o le davano maggiori, ma senza mai una tendenza all'aumento (se mai con tendenza alla diminuzione), la trasfusione di sangue defibrinato, eseguita colle modalità suddette, non ha dato nei primi 10 minuti alcuna modificazione della pressione; ma questa successivamente si è andata lentamente rialzando in modo progressivo, tanto da raggiungere in circa tre ore quasi l'altezza primitiva (127 mm. in media).

L'esame colorimetrico ha mostrato un forte aumento del contenuto emoglobinico, che, nella massa estratta col primo salasso accompagnato da infusione, dava un tasso di 0,89; in quella estratta col secondo salasso (anch'esso

(1) In quest'animale ho eseguito il salasso lentamente per la vena femorale per una particolare considerazione. L'apertura di un'arteria di grosso calibro, che lasci fluire il sangue in abbondanza, abbassa, per una legge idraulica elementare, durante il deflusso, la pressione generale arteriosa in vario grado nelle varie sezioni che intercedono tra il cuore ed il vaso beante. Tale abbassamento pei fenomeni vasomotori, cui può dar luogo per via riflessa nelle altre regioni, poteva essere causa di modalità diverse nell'andamento successivo della pressione. Ma anche con questa modalità nell'esperimento non si sono avuti fatti degni di speciale considerazione in confronto degli altri, in cui il salasso era stato eseguito per l'arteria femorale.

accompagnato da infusione) un tasso di 0,53, mentre nel campione tolto alla fine dell'esperimento mostrava una percentuale di 78, già leggermente superiore a quella della massa infusa, e molto superiore a quella della massa circolante prima della trasfusione.

Ottenuto questo risultato, che, al pari di quanto già Pellacani (l. c.) con un esperimento simile aveva ottenuto in rapporto alla vita dell'animale, dava valore alla trasfusione sanguigna, in confronto della infusione di acqua salata, ho voluto fare due esperimenti simultanei.

Su due apparecchi di contenzione ho fissato due cani (numeri XXIII e XXIV), disposti nel modo che per tutti gli altri esperimenti. Ad uno di essi poi (N. XXIII) ho fatto un salasso rapido, abbondante fino a ridurre la pressione a zero; indi ho fatto una infusione di soluzione di cloruro di sodio all'1 % (tale cioè da avvicinare la sua pressione osmotica quanto più era possibile a quella del siero di sangue del cane), in modo da compensare la massa sanguigna perduta. Nell'altro animale (n. XXIV) ho fatto invece varie sostituzioni abbondanti contemporanee ai salassi, servendomi prima del sangue tolto al primo animale, indi di quello tolto volta per volta col salasso. Il sangue usato per la trasfusione è stato sempre defibrinato, filtrato per garza e mantenuto a bagnomaria a 38° C.

Mentre nel cane XXIII la pressione arteriosa è risalita, dopo la infusione, a 135 mm. e vi si è mantenuta per circa 20 minuti, discendendo poi progressivamente in modo da raggiungere nel periodo di due ore e mezzo i 75 mm. appena (cioè la metà circa della pressione iniziale), nel cane XXIV le prime due sostituzioni (corrispondenti a circa una volta e mezzo la massa sanguigna totale) hanno dato un abbassamento della pressione di appena 1/5, e le tre sostituzioni successive (corrispondenti ad una massa superiore a quella delle precedenti) non hanno dato che abbassamenti molto transitori della pressione, la quale si è mantenuta, in seguito, sempre intorno ai 2/3 di quella iniziale. La durata della osservazione in questo animale è stata oltre il doppio del tempo che nell'altro (6 ½ : 3 ore).

L'esame colorimetrico nel cane XXIV ha mostrato solo una lieve diminuzione dell'emoglobina, la quale, alla fine dell'esperimento, misurava 93 %.

Emerge quindi da questo esperimento, in confronto anche cogli altri delle altre serie, che la trasfusione di sangue defibrinato vale a mantenere la pressione arteriosa assai più elevata di quella, che si ottiene colla semplice infusione di soluzione di cloruro di sodio, anche quando questa abbia una pressione osmotica corrispondente all'incirca a quella del siero di sangue e superiore a quella usata negli altri esperimenti.

CONCLUSIONE.

I risultati degli esperimenti surriferiti hanno dimostrato i fatti seguenti:

1° I salassi modici, ripetuti a vari intervalli e non compensati da infusioni di acqua salata, provocano nella pressione arteriosa un abbassamento progressivo, che ricorda quello che si ottiene quando si accompagnano i salassi con infusioni contemporanee compensatrici di soluzione di cloruro di sodio.

2° Un abbassamento progressivo della pressione arteriosa, che ricorda il precedente, si ha anche eseguendo le infusioni compensatrici di acqua salata, sia in modo lento e frazionato, sia in modo rapido, successivamente a ciascun salasso modico.

3° Se le infusioni suddette vengono eseguite, colle modalità predette, dopo ciascun gruppo di salassi modici, che abbiano spiccatamente abbassato volta per volta la pressione, si ottiene un progressivo abbassamento del livello, che la pressione stessa riacquista dopo le infusioni compensatrici, in modo simile a quello descritto per le infusioni compensatrici di acqua salata, eseguite dopo ogni salasso rapido abbondante. Ma non è possibile stabilire se in questo caso, come nei precedenti, vi sia sempre ugual rapporto tra l'abbassamento della pressione arteriosa e la massa relativa di sangue integro asportato.

4° La pressione arteriosa, sia che già si trovi ridotta a limiti molto bassi, sia che tenda ad abbassarsi in seguito a sottrazioni sanguigne, risente dalle trasfusioni di sangue defibrinato omogeneo un beneficio molto superiore a quello, di cui son capaci le semplici soluzioni di cloruro di sodio al 0.7-1 %.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Civile di Verona.
Divisione medica maschile
diretta dal prof. A. Fagiuoli.

Sindromi parkinsoniane quali postumi di encefalite epidemica.

Dott. O. Falzi, assistente.

Dal marzo 1920 all'aprile 1921, ebbi occasione di osservare dieci casi di postumi di encefalite epidemica, ricoverati nella Clinica medica dell'Ospedale Civile di Verona, che mostravano una sindrome clinica pressochè identica, e sui quali credo opportuno di richiamare brevemente l'attenzione, non soltanto per l'interesse pratico che essi presentano, ma anche e sopratutto perchè mi offrono l'opportunità di fare qualche rilievo di ordine clinico e terapeutico. Tutti questi infermi ammalarono di encefalite epidemica nel gennaio del 1920. Di uno soltanto, l'esemplare più tipico, riferirò brevemente la storia; degli altri commenterò i segni clinici più importanti.

D. T., anni 21, falegname. Nulla nel gentilizio. Anamnesi personale negativa; nega l'influenza. L'infermo è persona intelligente ed ha compiuto con profitto il quarto anno del corso industriale.

Il 5 gennaio 1920 ammalò improvvisamente con i seguenti sintomi principali: febbre elevata, erpete labiale, diplopia, allucinazioni uditive. Tale stato perdurò 5 giorni; ne seguì astenia profonda, abulia, persistente forma delirante, per cui venne ricoverato per pochi giorni al manicomio di Pergine, e di là trasferito all'Ospedale di Verona.

Riassumo i principali sintomi rilevati all'esame (aprile 1920): Rigidità muscolare di tutto il lato destro del corpo; stanchezza facile accompagnata da abulia; salivazione abbondantissima; sguardo fisso, statuario, assenza assoluta della mimica; intelligenza e memoria benissimo conservate. Presentava inoltre astenopia accomodativa a carico dell'occhio di sinistra; riflessi tendinei e cutanei normali; tranne i riflessi patellari, che si mostravano torpidi, null'altro al sistema nervoso. Nulla a carico degli altri organi ed apparati.

I sintomi ora descritti andarono progressivamente accentuandosi, nonostante le cure esperite (cacodiiato di sodio ad alte dosi, ecc.) e nuovi segni comparvero.

Ad un esame recente eseguito nel giugno 1921, l'infermo presentava: sonnolenza leggiera; movimenti stereotipati di brevissima durata; salivazione abbondante; rigidità muscolare di tutto il lato destro del corpo: facile stanchezza, con abulia; sguardo fisso statuario, mimica abolita; ammiccamento mancante, parola monotona regolare; tremore a piccole scosse oscillatorio diffuso a tutto il corpo con prevalenza a carico dell'arto superiore di destra; andatura rigida col corpo piegato a destra e un po' all'innanzi; intelligenza e memoria ben conservate.

I riflessi tendinei leggermente aumentati a destra; riflesso buccale bene evidente; nulla ai riflessi cutanei; vasomotori molto spiccati. Nulla a carico dei dodici craniensi, tranne la astenopia accomodativa a sinistra, nulla a carico della sensibilità; sensorio integro. L'ammalato afferma di sentirsi bene, fa notare solo la sua impossibilità a compiere qualunque atto pur manifestando spesso desiderio di lavorare. Nulla all'esame del fondo dell'occhio. Wassermann e Nonne Apelt negativa; quadro ematologico normale; nulla all'esame dell'urina; nel liquido cerebro-spinale qualche endotelio e qualche raro elemento linfocitico.

***

Gli altri nove casi da me studiati (tre donne, sei uomini) mostravano tutti la seguente sintomatologia:

Statuarietà con rigidità e fissità dello sguardo; ipertonia localizzata a un sistema muscolare abbastanza vasto; memoria e intelligenza ben conservate; modo di incedere pressochè analogo in tutti, tronco piegato leggermente a destra o a sinistra, dal lato della ipertonia; capo flesso in avanti, corpo un po' curvo quasi cercante il suo centro di gravità, incedere lento posato, senza mai uno scatto, mai un movimento brusco: arti superiori ciondolanti in avanti; salivazione abbondante; tremore leggiero diffuso a tutto il corpo.

Quattro soffrivano di cefalee intense; due avevano tendenza al sonno, ed uno di questi s'addormentava spesso, mangiando; due presentavano sudori profusi dalla parte della ipertonia; in tre erano evidenti contrazioni miocloniche d'un arto inferiore, piegavano riflessoriamente in modo brusco, prima le dita del piede, poi la gamba sulla coscia e la coscia sul bacino; uno presentava tremore della mano con tendenza a contar monete o a far pillole; in un altro, tuttora degente nella nostra sala, si osserva un tipico movimento coreico della lingua.

A parte questi segni speciali, diversi da caso a caso, la sintomatologia generale era identica a quella illustrata nell'infermo, di cui ho riportato brevemente la storia. La encefalite epidemica, da tutti sofferta nel gennaio 1920, in due soltanto si manifestò a tipo letargico, negli altri otto, a tipo delirante.

***

Fra i sintomi, che ho messo in rilievo nei nostri infermi, tre sopratutto colpiscono la nostra attenzione:

La statuarietà, accompagnata da torpore fisico generale e fissità dello sguardo; l'abbon-

dante salivazione, la ipertonia a carico d'un arto superiore od inferiore.

Riandando ora con la mente le varie forme nervose contemplate nei comuni trattati, credo non ne esista alcuna, che riproduca completamente le sintomatologie da noi illustrate; non certo le forme che interessano il midollo, non le forme bulbari e neppure le encefalitiche finora descritte. Se noi però consideriamo attentamente i sintomi surriferiti troviamo che essi, pur senza rispecchiare fedelmente una delle tipiche forme nervose conosciute, indirizzano però il nostro pensiero diagnostico verso un processo morboso, ben studiato e noto da tempo, voglio alludere al morbo di Parkinson.

In questa malattia, interpretata come una neurosi, ma che moderni studi fanno rientrare nelle forme organiche, generalmente si rileva: rigidità, con ipertonie ora localizzate ad un solo arto ed ora sistematiche; fissità dello sguardo, salivazione abbondante, ecc. ecc., ma ciò che fa grande contrasto nel disastro fisico, che colpisce l'infermo e conduce alla diagnosi, è che invece di udire individui sragionanti, piagnucolosi, ci troviamo dinanzi a persone coscienti dei propri atti, coscienti della propria disgrazia, con memoria e intelligenza integre; in una parola, tutte le più alte facoltà intellettive sono discretamente conservate; e solo negli stadi ultimi del Parkinsoniano osserviamo le vere e proprie forme demenziali deliranti. Questo quadro noi lo vediamo riprodotto quasi completamente nei nostri infermi.

Si potrebbe far notare, che la rigidità dei nostri ammalati, eccetto forse per uno, non era quella dei Parkinsoniani puri. Noi sappiamo infatti che il Parkinsoniano puro è rigido in flessione, con il capo piegato sul petto, il corpo sugli arti; il paziente cerca quasi il suo centro di gravità e per la sua posizione nell'equilibrio, presenta una facile spostabilità (anteropulsione, latero-pulsione, retro-pulsione).

L'obbiezione in verità avrebbe scarso valore in quanto il tipo di rigidità nei nostri casi si accostava molto di più a quello dei Parkinsoniani puri che non agli altri tipi di rigidità conosciuti (atassico, spastico, cerebellare).

Come pure si potrebbe obbiettare che nei nostri casi, eccetto in uno, mancava il tremore della mano caratteristico nella malattia di Parkinson, quello cioè del contar monete; esisteva invece un tremore di quando in quando a piccole scosse e in un caso a tipo quasi intenzionale. Faccio però notare in proposito, che il tipico tremore della mano non è costante del morbo di Parkinson e tanto meno indispensabile per stabilire la diagnosi: e a proposito riferisco il pensiero d'un illustre neurologo, Déjérine: «Il morbo di Parkinson si accompagna alla rigidità muscolare, che in certe forme fruste, ove il tremore fa difetto, può da solo costituire tutta la malattia...».

Possiamo dunque a ragione parlare nei nostri infermi di sindromi Parkinsoniane, quali postumi di encefalite epidemica ed in base alla mia esperienza devo soggiungere che esse ne rappresentano le conseguenze più frequenti.

Per quanto riguarda la patogenesi, oggi vi ha la tendenza a legare la sindrome descritta a una lesione organica dei centri nervosi, e mentre alcuni autori accennano a prevalenti localizzazioni bulbari, altri parlano di alterazioni a carico dei nuclei della base, specie del *globus pallidus* (Hunt). Secondo questo autore, il corpo striato nelle sue due parti: nucleo caudato e putamen da un lato e *globus pallidus* dall'altro, rappresenterebbe il centro di regolazione dei movimenti automatici ed associati, e le lesioni che si riscontrano nella encefalite epidemica, quali la ipertonia con rigidità muscolare, i movimenti mioclonici, i tremori, gli spasmi nelle loro varie forme, sarebbero legati ad alterazioni sia nelle grandi cellule pallidali, sia nei tratti d'unione fra corpo striato e i sottostanti centri, nucleo rosso, substantia nigra, corpo talamico e subtalamico, ecc., in causa di lesioni vascolari e perivascolari, di processi infiltrativi, di degenerazioni tossiche delle cellule.

E non si potrebbe anche pensare che tale sindrome sia dovuta a lesioni contemporanee e dei nuclei basali e del bulbo? Una osservazione sopratutto mi farebbe propendere per ammettere questa ipotesi patogenetica, il rilievo costante cioè della scialorrea in tutti i casi studiati.

Sulla terapia, poco posso dire perchè nessun beneficio ho ottenuto nei nostri pazienti. Risultato nullo diedero i cacodilati somministrati ad alte dosi e in breve tempo; in un caso anzi si manifestò quasi subito una intensa glicosuria, che scomparve dopo circa un mese; tentai anche il 914 nell'eventualità che un agente infettivo potesse esser la causa della forma morbosa, e ciò senza alcun risultato; sperimentai inoltre qualche prodotto opoterapico, ma senza apprezzabili vantaggi.

L'andamento delle sindromi Parkinsoniane si mostrò in tutti i casi lentamente progressivo con periodi di stazionarietà e di apparente ma fugace remissione.

In base al decorso del processo, agli insuccessi terapeutici, al lento ma graduale aggravamento nella sintomatologia è da ritenere che queste forme fruste di Parkinsonismo si

vadano trasformando col tempo in vere e proprie malattie di Parkinson.

Verona, 28 giugno 1921.

RIASSUNTO.

In base allo studio di dieci infermi con in atto forme fruste di Malattia di Parkinson, l'A. sostiene che la sindrome Parkinsoniana rappresenta una delle forme più comuni residuanti dalla cosidetta encefalite epidemica.

I sintomi e il decorso del processo inducono a pensare, che la forma sia dovuta probabilmente a lesioni organiche dei nuclei della base, e mette in luce il fatto che i diversi procedimenti terapeutici, compresi i prodotti opoterapici, non hanno portato nei casi studiati alcun beneficio.

Contributo clinico allo studio delle sindromi post-encefalitiche.

Dott. Antonio Guerricchio
assistente straord. negli Ospedali Riuniti di Napoli.

Se il quadro clinico dell'encefalite epidemica può ritenersi, nonostante il suo grande polimorfismo, ormai completamente delineato, non così è della complessa e varia sintomatologia che molto spesso rimane come traccia profonda e tenace della grave affezione.

Credo, pertanto, non del tutto priva d'interesse la descrizione del seguente caso, occorsomi nella pratica privata.

Epifania Francesco, di anni 16, fabbro, da Matera (Potenza). Genitori viventi e sani; un fratello maggiore presentò all'età di circa 15 anni una forma di corea volgare della quale guarì perfettamente dopo alcune settimane. Nulla di notevole nell'anamnesi remota.

Verso la metà del gennaio 1920 fu colpito in pieno benessere da una forma encefalitica che, iniziatasi improvvisamente con intensa cefalea e con diplopia, si protrasse per quasi due mesi con modica febbre, movimenti coreiformi violenti ed incessanti, delirio allucinatorio, ostinata insonnia diurna e notturna. Dopo questo periodo acuto durante il quale deperì notevolmente, alimentandosi poco e non abbandonando mai il letto, sopraggiunse una paralisi dell'arto superiore sinistro con fortissima contrattura che, al dire dei famigliari, si attenuava fino a scomparire totalmente nel sonno e si ridusse fino allo stato attuale in seguito a frizioni d'olio caldo ordinate da un medico. Residuò inoltre un insieme di disturbi che, non ostante le cure praticate, a base di bromuri e preparati fosforati ed opoterapici (olio di fegato di merluzzo, lecitina, endocerebrina) non migliorarono fino ad oggi in modo sensibile, e che si possono così riassumere.

L'infermo dorme a periodi di tre-quattro ore con un intervallo più lungo notturno di veglia; si addormenta dopo l'imbrunire per svegliarsi verso la mezzanotte, si riassopisce ai primi chiarori dell'alba e si ridesta dopo qualche ora di sonno, così continuando fino alla sera.

Quando è sveglio, di giorno è tranquillo, nella sua solita apatia; non così di notte, durante la quale è preso da intensa agitazione psico-motoria: in preda a continui movimenti, a volte disordinati ed illogici, a volte logici e coordinati ma ripetentisi come tics (grattarsi, passarsi una mano sulla fronte), egli salta fuori del letto, tenta di raggiungere l'uscio per fuggire, si ribella furiosamente contro chi vorrebbe trattenerlo, piagnucola con lamento monotono e continuo, presenta veri accessi di logorrea e di coprolalia.

Profondo è il mutamento del suo carattere: prima affettuoso e mite, diligente nel lavoro, è ora diventato irrascibile ed impulsivo, cattivo con i fratelli minori. Il campo della sua attività psichica si è notevolmente ristretto; passa le ore di veglia baloccandosi puerilmente, o, quasi sonnolento, apatico, indifferente a tutto ciò che lo circonda, a volte immobile nella stessa posizione.

Esame obbiettivo. — Costituzione scheletrica con qualche nota di rachitismo, cranio brachicefalico con spiccata asimmetria facciale. Colorito della cute e delle mucose visibili pallido, pannicolo adiposo bene sviluppato. Nulla di notevole a carico dell'apparato respiratorio, cardio-vascolare e digerente.

Andatura impacciata, che ricorda per certi aspetti l'incesso parkinsoniano: l'a. cammina lentamente, a piccoli passi, strisciando leggermente con l'arto inferiore sinistro, con le gambe e le coscie in lieve flessione, col tronco inclinato in avanti e verso il lato destro, le braccia immobili lungo i fianchi. Non vi è Romberg.

Parola lenta, con pronunzia tremolante. Tremore a piccole scosse, ritmico, negli arti superiori e nella lingua, che sparisce nei movimenti volontari. Paresi del facciale inferiore di destra con deviazione della lingua verso sinistra. Anisocoria, torpidi i riflessi pupillari alla luce, all'accomodazione, al consenso. Assenti i riflessi palpebrali, presenti i corneo-congiuntivali. Paresi dell'arto superiore sinistro, con leggero grado di contrattura in estensione e con lenti ed incessanti movimenti atetosici delle dita della mano dello stesso lato, la quale è dotata di debolissima forza muscolare. Riflessi olecranici e periosteiradiali normali a destra, accentuati a sinistra. Riflessi patellari fortemente accentuati specialmente a sinistra, assenti gli achillei, deboli i plantari, non Babinski, nè clono della rotula e del piede, assenti i cremasterici e gli addominali. Non vi è deviazione dei bulbi oculari, nè nistagmo. Sensibilità tattile, termica e dolorifica normale. Normale il senso stereognostico e di posizione degli arti. Polso frequente, riflesso oculo-cardiaco normale, non dermografismo.

Vi è notevole rigidità dei muscoli del dorso, nonchè di quelli della nuca e degli arti. L'a., specialmente nella posizione seduta, si mantiene costantemente come rannicchiato, con le gambe flesse sulle coscie e queste sull'addome; il capo retratto fra le spalle. La bocca e le labbra sono in preda a continui movimenti di masticazione, di sbadiglio, di sorriso inespressivo, e la lingua è spesso cacciata fuori in vari

sensi. Similmente, la mano destra corre con insistenza alle narici come se un vivo bisogno di grattamento ve la richiamasse.

La fisionomia è fissa, senza espressione, attonita. Interrogato, l'infermo risponde bene alle prime domande, ma esaurisce rapidamente i suoi poteri attentivi, cadendo in facili distrazioni, bisbigliando talvolta parole incomprensibili.

Non ha disturbi del gusto e della deglutizione, ha riacquistato in questi ultimi tempi un discreto appetito, crescendo di peso e migliorando nello stato di nutrizione.

Senza indugiarmi in una minuta rassegna di quanto in questi ultimi tempi si è andato pubblicando su questo argomento, ricorderò che già molti osservatori si sono occupati dei molteplici disturbi psichici e nervosi che costituiscono i reliquati dell'encefalite epidemica e, associandosi nelle più diverse combinazioni, formano sindromi variabili tanto da dare ad ogni caso una propria fisionomia.

Carattere comune sembra però la grande durata di esse, la tenace resistenza ad ogni trattamento, come si è verificato anche nel mio ammalato, rimasto in condizioni pressochè stazionarie in sedici mesi di vane cure; il che conferma, se ancora ve ne fosse bisogno, la origine loro da lesioni anatomiche forse irreparabili della sostanza nervosa.

Costanti e, direi quasi, patognomonici, così come nello stadio acuto della malattia, sono i disturbi del sonno, sia che si manifestino come alterazioni quantitative di esso (ipersonnia, insonnia), sia che, più frequentemente, ne modifichino il ritmo (parasonnia), invertendone il normale avvicendarsi con la veglia. Il mio caso non è, sotto questo aspetto, riportabile ai tipi finora descritti, poichè in esso, più che invertito nel ritmo, il sonno si presenta alterato nella sua continuità, la durata essendone come frammentata in successivi e quasi regolari periodi. Questo fatto singolare dimostrerebbe che sono per lo meno insufficienti alcune ipotesi formulate per spiegare i fenomeni in parola. Così, è evidente che non si può qui trattare dei disturbi dell'addormentatura invocati dal Francioni per spiegare la grave agitazione psico-motoria notturna che sembra una delle più frequenti caratteristiche di queste strane sindromi, poichè, se così fosse, essa dovrebbe presentarsi anche di giorno, tutte le volte che il mio infermo si assopisce.

Per questa stessa ragione nè la teoria ormonica, nè quella che considera il sonno come una funzione attiva degli elementi nervosi, nè le altre numerose successivamente proposte, possono darci di queste manifestazioni una interpretazione soddisfacente.

Il fatto è che, misteriosa essendo tuttora la normale genesi del sonno e l'intimo meccanismo del suo ritmo, riesce difficile, se non proprio impossibile, allo stato attuale delle nostre conoscenze, illuminare la origine ed il significato delle sue diverse alterazioni.

Per quel che riguarda gli altri numerosi sintomi presentati dal mio ammalato, essi sono, evidentemente, espressione delle molteplici localizzazioni dei processi tossi-infettivi della encefalite epidemica e dei suoi esiti nel nevrasse.

Se i profondi disturbi di tutte le funzioni psichiche, quali si manifestano nel nostro soggetto a carico dell'intelligenza, del carattere, dell'affettività e del contegno, rivelano la esistenza di lesioni dei centri superiori corticali, l'altra complessa sintomatologia nervosa dimostra che, in modo forse non meno grave, è compromessa l'integrità di quei nuclei basali dell'encefalo i quali, secondo le ultime ricerche e le moderne vedute sulla fisiopatologia dei corpi ottico-striati, rappresenterebbero i centri di origine e di coordinazione dei movimenti involontari ed automatici.

In tal modo è possibile oggi interpretare alcuni dei più salienti sintomi presentati dal nostro paziente, quali la ipertonia muscolare quasi generale, i movimenti coreo-atetosici della mano sinistra e della bocca, il tremore, la immobilità delle braccia durante il cammino: sintomi per i quali l'encefalite epidemica e i suoi postumi confinano direttamente con quel gruppo di malattie che gli studi contemporanei tendono a considerare come manifestazioni cliniche di lesioni diverse del complesso sistema di stazioni nervose subcorticali costituito dai nuclei opto-lenticolo-striati.

Napoli, Giugno 1921.

BIBLIOGRAFIA.

Il Policlinico, Sez. Prat., n. 6, 10, 17, 1921.
La Riforma Medica, n. 47, 1920, n. 19, 1921.
Rivista di Clinica Pediatrica, nov. 1920.
Riv. Sperim. di Freniatria, luglio 1920.

RIVISTE SINTETICHE.

L'olio di Chenopodio nella lotta contro l'anchilostomiasi.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI.

L'olio di Chenopodio è usato da molti anni, specialmente agli Stati Uniti, come rimedio popolare contro gli ascaridi: la sua spiccata azione vermicida ha indotto a farne l'applicazione nella cura dell'anchilostomiasi (1), in cui è stato largamente sperimentato.

L'olio di chenopodio si estrae dal *Chenopodium ambrosioides* var. *anthelmintica*, pianta che cresce spontanea negli Stati Uniti del Sud. Fra le sedici specie di Chenopodium che l'Italia possiede trovasi pure l'*ambrosioides* (non risulta però la var. *anthelmintica*), che, originario dall'America boreale è diventato quasi cosmopolita, ed il *C. Botrys* che avrebbe pure proprietà antielmintiche. Il *C. ambrosioides* ed il *C. vulvaria* vengono usati come antispasmodici e nervini.

CARATTERI.

Dai semi del detto chenopodio si ricava per distillazione circa il 2 % di un liquido oleoso, che ha colore variante dal giallo oro al paglierino pallido, odore caratteristico, che ricorda quello della trementina, sapore acre che lascia una sensazione di bruciore. Non ha punto di ebollizione distinto: scaldato a 100°, esplode con violenza. Il peso specifico varia da 0.957 a 988: è solubile in alcool a 70° in proporzioni da 1:3 ad 1:8. Le costanti fisiche sono, indice di rifrazione: 1,4713-1,4773 (a 29°); rotazione specifica —2°,5 (29°) a —5°,2 (31°).

Con la distillazione a pressione ridotta, si separa una frazione di un liquido oleoso con odore repulsivo, chiamato *ascaridol*, che costituisce il 45-70 % e rappresenta la parte attiva; la parte residua è costituita da paracimene e dai due terpeni fellandrene e terpinene.

L'olio di chenopodio, sciolto in alcool a 30° e trattato con soluzione satura di solfato ferroso reagisce violentemente con elevazione di temperatura, formazione di gas e precipitazione di solfato ferrico basico: tale reazione è data dall'ascaridol e può essere utilizzata per rivelarne la presenza (sensibilità fino a cmc. 0.015). L'invecchiamento produce cambiamenti nelle costanti fisiche, e variazione nella percentuale dell'ascaridol.

FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA.

L'olio di chenopodio è un energico irritante locale, che provoca gravi infiammazioni delle mucose. Introdotto nell'organismo, non passa nelle feci: i suoi costituenti vengono eliminati a traverso l'apparato respiratorio ed a traverso i reni, in unione ad acido glicuronico, di cui è costante la presenza nelle orine di individui trattati con tale rimedio. Sembra che esso eserciti un'azione selettiva sui sistemi dell'organismo, che erano stati dapprima sensibilizzati per malattie e trauma.

Per escludere l'azione irritante sulla mucosa gastrica, Kantor ha introdotto l'olio di chenopodio direttamente nel duodeno, con il metodo di Einhorn, escludendo così i possibili effetti irritanti nella mucosa gastrica. Dopo 20' il paziente accusa sensazione di formicolio, torpore, bruciore, punture di spillo in tutto il corpo, specialmente alle palme delle mani ed alle piante dei piedi, nonchè nelle ferite con tessuto cicatriziale: contemporaneamente avverte nausea e vertigini, spesso ronzio d'orecchi. In individui, che avevano precedentemente sofferto di lesioni polmonari, si osserva tosse violenta, spasmodica, senza espettorazione, che dura fino a che cessa l'escrezione (anche 8-10 ore): in qualche caso è stato osservato un certo stato di euforia con lieve eccitazione, in altri uno stato letargico.

Spiccati sono i sintomi a carico dell'apparecchio circolatorio: in esperimenti su animali,

---

(1) L'anchilostomiasi, nella storia della quale primeggiano nomi italiani, quali il Dubini, il Perroncito, il Grassi, il Parona, è diffusa in tutto il mondo e colpisce con maggiore intensità certi luoghi, come il Brasile, dove trovasi infetto il 50-70 % della popolazione, le Indie inglesi (95-98 %), ecc. In Italia tale malattia è più frequente nei contadini, nei fornaciai, nei vasai e particolarmente fra i lavoratori delle miniere, che in Sicilia presentano il 3-9 % di infetti fra quelli che stanno all'esterno ed il 37-58 % fra quelli dell'interno.

Come è noto, la causa della malattia va ricercata in certi vermi della classe dei nematodi, cioè nell'*Ankylostoma duodenale* (o *Uncinaria duodenalis*, donde anche il nome di uncinariasi) specie prevalente in Europa, nel *Necator americanus* segnalato per la prima volta in Europa (Italia) da Alessandrini e nell'*Ankylostoma ceylanicum*, più raro.

Una buona profilassi e la cura adatta tendono a fare scomparire la malattia, che in Olanda è diminuita dal 25 al 0.3 % e da noi, nelle miniere di Formignano e Busca è praticamente scomparsa. Il Rockefeller nel 1910 assegnò alla Fondazione che porta il suo nome un capitale di 100 milioni di dollari per la lotta contro l'anchilostomiasi in tutto il mondo. Non ci risulta che abbia approfittato di tale fondazione l'Italia, dove la lotta si fa a speciale cura della Direzione generale di Sanità, del Ministero dell'Industria, Commercio e Lavoro e del Sindacato siciliano di assicurazione per infortuni nelle miniere.

l'iniezione endovenosa di cmc. 0.02 per kg. può abbassare la pressione del 40-50 %: l'azione si manifesta anche sul cuore di rana isolato. in cui dosi minime provocano notevole depressione ed arresto in diastole. L'azione deprimente generale è confermata anche dal fatto che l'olio di chenopodio inibisce i movimenti intestinali: nell'uomo si è osservato, in qualche caso, grave collasso, con polso quasi impercettibile.

Il fatto che l'olio di chenopodio si elimina a traverso i reni spiega l'irritazione renale che può verificarsi in seguito alla sua somministrazione, irritazione, che sembra maggiore quando l'olio di chenopodio viene dato insieme con altri olî, che altrimenti ne diminuirebbero la tossicità; tale azione è meno evidente nei carnivori che negli erbivori. In alcuni pazienti si è osservato frequenza della minzione: mentre però negli animali da esperimento, la somministrazione dell'olio di chenopodio è seguita da albuminuria e cilindruria, in 150 casi studiati da Cajus e Mhsakar non è stata osservata albuminuria: in un caso con nefrite, si ebbero sintomi di coma uremico. Abbastanza frequente sembra la sordità (20 % dei casi secondo Roth) che può durare da una settimana a parecchi mesi e talvolta persistere anche dopo anni. Oltre alle vertigini, si è anche notata l'impossibilità di rimanere in piedi senza appoggio, ciò che starebbe ad indicare disturbi nelle funzioni cocleari e vestibolari. Più resistente sembra il nervo ottico, che sarebbe preso solo nel 6 % dei casi con temporanea cecità.

Il rimedio manifesta un'azione anche sull'apparato genitale femminile: su 37 donne, 12 ebbero disturbi uterini, consistenti in ritorno delle mestruzioni dopo la menopausa, metrorragie, aborti di due mesi: negli animali invece, si avrebbe inibizione delle contrazioni uterine.

Come si è accennato, l'azione dell'olio di chenopodio si esplica particolarmente su organi e sistemi precedentemente ammalati: esso accentua i sintomi di una gonorrea latente, provocando anche l'artrite, aggrava i sintomi di dispepsia cronica, diarrea, malaria, provoca floridi sintomi secondarî in sifilitici.

Dagli esperimenti di Salant risulterebbe che la dose tossica è di cmc. 0.2 per kg., quella mortale di cmc. 0.25. Molto importanti sono le condizioni di nutrizione dell'individuo, che, se in cattivo stato o digiunante, soccombe più facilmente, mentre resiste meglio se ben nutrito con dieta ricca di grassi e carboidrati. Da mettere altresì in rilievo è l'*azione cumulativa* dell'olio di chenopodio, che si fa sentire anche a distanza di 5-9 giorni; da ciò scaturiscono indicazioni pratiche per la somministrazione, in quanto che, seguendo il metodo delle dosi frazionate, non si deve dare la successiva quando con l'antecedente si siano avuti fenomeni di intossicazione.

Nell'uomo si sono avuti casi di morte in adulti per 2 dosi da g. 1,8 l'una, oppure per 10 gocce e, dopo due giorni, g. 1,85; in bambini di un anno per 4 gocce, 3 volte al giorno; di 6 anni, per 8 gocce 3 volte al giorno. Numerosi casi di morte sono raccolti da Cajus e Mhaskar, da Levy, da Coutant, da Oppikofer.

I sintomi di intossicazione sembrano poi molto frequenti, sebbene qualche autore (Schüffner) riporti statistiche di 1400 casi trattati senza che si verificassero fenomeni tossici; questi mancarono pure in esperimenti fatti dal Di Giovanni in Sicilia. Bishop e Brosius insistono sulla innocuità del prodotto ed asseriscono che i casi di morte non sono attribuibili all'olio di chenopodio. Al Guatemala sopra 9000 persone trattate si ebbero due soli casi di intossicazione, mentre in altri luoghi (Trinità) i fenomeni tossici si verificarono con tanta frequenza ed intensità che la popolazione si rifiutò poi di prendere qualsiasi medicamento contro l'anchilostomiasi. La stessa *Rockefeller Commission* richiamava l'attenzione sui possibili pericoli, raccomandando estrema cautela nell'uso del prodotto, e citando casi di morte a Ceylan, Panama, Gujana olandese, Brasile, ecc.

Le cause della morte sono da attribuirsi a: 1° dosi troppo alte; nei primi tempi in cui si usava il rimedio, si è arrivati a 30-40 g.!; 2° ad esecuzione non esatta della cura; la mancanza del purgante successivo sarebbe stata causa di morte in due casi: la purga preventiva, il digiuno provocherebbero sintomi tossici; 3° la coesistenza di altre malattie; stato timico-linfatico, malaria, anemia, tanto che qualche autore consiglia di determinare l'emoglobina prima di intraprendere la cura; 4° particolare idiosincrasia; 5° falsificazioni del rimedio, che non sono rare e vengono fatte con cineolo, eucaliptolo, anetolo, mentolo, acetato d'amile, olio di lavanda, di rosmarino, ecc. I preparati forniti dall'industria già pronti per la somministrazione (capsule gelatinose) sono in generale da rifiutarsi.

AZIONE.

L'olio di chenopodio possiede una spiccata azione vermicida, in certo modo elettiva per gli Anchilostomi; risulta meno efficace contro gli Ascaridi ed inattivo contro altri vermi (*Oxyuris*, *Tricocephalus*). L'*Anchilostoma duodenale* sembra in generale più resistente che il

Necator americanus, sebbene da qualche osservatore si ritenga il contrario. Esso non ha azione vermifuga. Agirebbe altresì come amebicida, per cui è stato usato da qualcuno con successo nella dissenteria amebica, somministrandolo in due dosi di un cmc. ad un'ora di distanza, seguite poi da un purgante, olio di ricino o solfato di magnesio): è stato anche introdotto per clistere, mescolato con emulsione gommosa, proteggendo la mucosa anche con vaselina. Migliorano rapidamente i sintomi clinici, le amebe scompaiono dalle feci in breve tempo: vi sarebbero però ricadute, ma non in proporzione maggiore di quanto si osserva con l'emetina.

Mediante l'olio di chenopodio, Schüffner ha ottenuto l'espulsione dell'84-91 % degli anchilostomi, altri fino al 96%. Barnes al Siam aveva osservato il 74 % di infetti, dopo la cura ne riscontrò solo il 13 %. S. Tijsen ha provocato l'espulsione del 60 % dei vermi. Calmette e Levy lo trovarono invece inefficace. Di Giovanni in Sicilia (comunicazione personale) è arrivato a somministrare fino a 40 gocce, ottenendo l'espulsione di pochissimi parassiti: in un caso l'olio di chenopodio fu somministrato cinque volte, e vennero espulsi 41 anchilostomi, mentre con la cura successiva mediante il cloroformio, ne vennero espulsi 359, ciò che rappresenterebbe un'efficacia del 10 %; e questo caso non è unico.

La dose ed il modo di somministrazione influiscono notevolmente sull'efficacia. Caius e Mhaskar, nei loro accurati esperimenti, hanno somministrato il rimedio a dosi variabili, dando in seguito il timolo per controllare quanti Anchilostomi erano ancora rimasti nell'intestino; hanno così osservato che la percentuale dei vermi espulsi cresce da 74 a 96, aumentando la dose da cmc. 0.5 a 2.

Efficacia e fenomeni tossici dipendono però essenzialmente dal contenuto in ascaridol, contenuto che è variabile secondo la provenienza del prodotto e che diminuisce con l'invecchiamento: il sicuro dosamento non può quindi stabilirsi *a priori*, ma deve variare secondo la qualità del prodotto stesso. Ciò spiega la grande diversità dei risultati ottenuti dai diversi sperimentatori e deve d'altra parte rendere guardinghi nella somministrazione dell'olio di chenopodio, non oltrepassando certi limiti poichè l'aumento dell'efficacia porta con sè l'aumento di tossicità.

Un'altra ragione di sconcordanza dei risultati va riscontrata anche nella diversità del parassita: si comprende che l'efficacia risulti minore in Europa, infestata dall'Anchilostoma, che in America dove prevale il Necator, specie meno resistente.

DOSI E MODO DI SOMMINISTRAZIONE.

Varî sono i modi di somministrazione consigliati dagli autori; secondo Keith si danno 6/10 di cmc., seguiti da un cucchiaio di olio di ricino dopo due ore, continuando per tre giorni: altri consiglia di dare al mattino, dopo una leggera colazione, una prima dose di cmc. 0.5; un'altra dose dopo un'ora, seguita dopo 2 ore da un purgante (solfato di magnesia): per i bambini, tante gocce, quanti gli anni, meno uno. Darling e Smillie danno cmc. 1.5 in due volte, seguiti da un purgante salino; vitto abituale. Caius e Mhaskar hanno trovato che la dose ottima come vermicida è di cmc. 2-3 che è meglio somministrare in una volta sola; tenuto conto che anche con cmc. 0.6 si espelle il 74 % di anchilostomi, si può attenersi a dosi basse. Preuschoff consiglia di somministrare l'olio di chenopodio a digiuno (oppure 1-2 ore dopo una piccola colazione) facendolo seguire dopo due ore da un purgante (olio di ricino, polvere di liquirizia composta, magnesia e rabarbaro), che si ripete dopo sei ore se non si sono avute scariche. Day e Fergusson prescrivono il digiuno preliminare, un purgante la sera antecedente, l'olio di chenopodio a dosi refratte e, due ore dopo l'ultima, un purgante. È bene introdurre il rimedio in capsule dure che si sciolgano nel duodeno.

Per evitare fenomeni spiacevoli ed ottenere la massima efficacia, *la pratica più sicura è quella di seguire il vitto abituale somministrando al mattino cmc.* 1.5 *di olio di chenopodio, seguiti, dopo un paio d'ore, da un purgante: nei bambini, tante gocce quanti anni d'età meno uno.*

Nella eventualità di un avvelenamento, il trattamento non può essere che sintomatico, non essendovi alcun antidoto chimico. Si baderà soprattutto a stimolare i sistemi circolatorio e respiratorio: sono molto utili l'adrenalina e particolarmente la digitale con cui si potrà vincere lo stato di depressione; invece la caffeina non fa che aggravare i sintomi provocati dall'olio di chenopodio.

***

Nonostante le molte migliaia di casi trattati con questo rimedio (il rapporto dell'Ufficio di igiene degli Stati Uniti parla di 450,000 casi), esso non sembrerebbe consigliabile per la cura in grande e ciò per varie ragioni quali la variabilità nella sua composizione, gli inconvenienti che può presentare, i postumi che può lasciare, la necessità, riconosciuta generalmente, di farlo seguire da un purgante, ciò che rende il metodo poco accetto, il fatto stesso che non deve somministrarsi in soggetti ane-

mizzati (e gli anchilostomiaci lo sono spesso), in malarici, ecc. L'olio di chenopodio è incontestabilmente un efficace vermicida, ma va somministrato solo in individui che possono essere sorvegliati dal medico: Caius e Mhaskar concludono il loro studio dicendo che gli elementi di dubbio esistenti in riguardo alla sicurezza del trattamento, rendono necessaria l'ospedalizzazione, ciò che evidentemente non sarebbe pratico in regioni dove gli individui infestati da anchilostomi abbondano e sono il più delle volte in piena efficienza lavorativa. Meglio vale attenersi dunque ai mezzi fin qui usati, particolarmente al timolo, poichè se anche questo avesse un'efficacia minore dell'olio di chenopodio, ciò che non è dimostrato, offre maggiori garanzie di sicurezza essendo, come è stato definito dai medici della commissione contro l'anchilostomiasi in Porto Rico «*an exceedingly inoffensive drug*»: esso può anche somministrarsi senza il successivo purgante, sicchè la cura può eseguirsi con maggiore facilità, specialmente quando si tratti di masse poco disciplinate. È possibile, con esso, la cura ambulatoria, quale ha praticato il Di Giovanni, ottenendo, dopo 15-20 giorni anche il 75-79 % di guariti, senza sospendere il lavoro abituale. Similmente innocuo è il cloroformio, di cui l'Alessandrini ha dimostrato l'efficace azione vermicida: su di esso si stanno appunto facendo larghi esperimenti nelle miniere della Sicilia, con risultati incoraggianti.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

ALESSANDRINI G.: *Le malattie da parassiti animali negli eserciti combattenti.* Il Policlinico, Sez. Prat., 1915, pag. 822.

BARNES M. E. e CORT E. C.: *Oil of Chenopodium in the treatment of amebic dysentery.* Journ. of the Amer. medical Association, 3 agosto 1918.

BISHOP W. A. e BROSIUS O. T.: Journ. of the Amer. med. Assoc., 6 novembre 1915.

CAIUS I. F. e MHASKAR K. S.: *The correlation between the chemical composition of anthelmintics and their therapeutic values in connection with the Hookworm inquiry in the Madras presidency* II. *Oleum Chenopodii.* The Indian Journal of Medical Research., gennaio 1920. Con una bibliografia di 44 lavori.

CONTANT A. F.: Journ. of the Am. Assoc., 25 novembre 1916.

DORLING S. T.: Lancet, 18 dicembre 1920.

DARLING S. T. e SMILLIE W. G.: *The technic of chenopodium administration in hookworm disease.* Journ. of the Am. med. Assoc., 12 febbraio 1921.

DAY H. B. e FERGUSON A. R.: Lancet, 1914, pag. 82.

DI GIOVANNI S.: *L'anchilostomiasi nelle solfare di Sicilia.* Palermo, 1918.

KANTOR J. L.: *The intraintestinal tube treatment of hookworm infections.* Journ. of Am. med Assoc., 18 ottobre 1919.

KNOWLTON R. H.: Journ. of med. Assoc., 1919, pag. 700.

LEVY R.: Journ. of Am. med. Assoc., 28 novembre 1914.

MCJNTIRE: Indianapolis med. Journ., riferito in American Medicine, ottobre 1919.

OPPIKOFER E.: Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte, 1919.

PREUSCHOFF A.: Zeitsch. f. experiment. Pathologie und Therapie, 1920, pag. 425.

Rivista del Servizio minerario: *passim.*

ROSE W.: Internat. health Board, 1920, riferito in Journ. of trop. medicine and hygiene, 10 marzo 1921.

ROTH A.: Journ. of trop. Med. and Hygiene, 1° gennaio 1919.

The Rockefeller Foundation international health Board, rif. in Lancet, 29 gennaio 1921.

SALANT W.: *The Pharmacology of the oil of chenopodium.* Journ. of Am. med. Assoc., 15 dicembre 1917.

WALKER ed EMRICH: *The treatment of dysentery with the oil of chenopodium.* Journ. of Am. med. Assoc., 19 maggio 1917.

STORIA DELLA MEDICINA.

Fabrizio d'Acquapendente.

Anatomico e chirurgo, Fabrizio d'Acquapendente (1537-1619) fu un innovatore nella doppia specialità a cui aveva consacrato la vita. Nel 1574 scoprì le valvole delle vene, a cui attribuì lo scopo di opporsi alla congestione del sangue ed all'eccessiva dilatazione venosa. A lui si deve una particolareggiata descrizione del peritoneo, la dimostrazione dell'origine dei nervi ottici in vicinanza dei tubercoli quadrigemini; fu egli per il primo che intuì l'essenza e lo scopo dell'involucro carnoso della vescica, muscolo che serve all'espulsione dell'orina.

Come chirurgo, preconizzò l'operazione dell'empiema, raccomandando l'incisione fra la quinta e la sesta costa, a cinque dita trasverse dallo sterno. Nel sarcocele, estirpava il testicolo; il cordone spermatico, afferrato con una pinza, veniva legato e tagliato, cauterizzando poi la ferita col ferro rovente. L'ascite veniva svuotata mediante puntura all'ombelico; si forava la parete addominale, con un bisturi stretto, curvo, tagliente nella sola parte interna, per non ferire gli intestini: introduceva poi nell'incisione una cannula in piombo, argento, rame, con molti fori.

Ebbe il coraggio di opporsi alle mammane del tempo, sostenendo l'inutilità di tagliare il frenulo linguale, operazione che esse compivano sistematicamente su ogni neonato, mediante l'unghia dell'indice, che, a bella posta, lasciavano lunga e puntuta, senza mai intaccarla con le forbici: purtroppo l'usanza non è interamente perduta nemmeno ai giorni nostri.

Professore a Padova, dove aveva sostituito il Falloppio nel 1565, vi fece costruire a sue

spese un anfiteatro d'anatomia; la repubblica Veneta, per emulazione, ne fece costruire un altro, ben più grande, su cui fu inciso il nome di Fabrizio; altri onori e beni gli largì la repubblica riconoscente, fra cui il titolo di cavaliere di S. Marco, la rendita di cento scudi d'oro, ecc. Altrettanto grati e generosi verso di lui furono i suoi clienti, dai quali non pretese mai onorarî, per non diminuire il prestigio della sua arte.

Fra le cure bizzarre da lui prescritte, frutto della coltura medica del tempo, citeremo la terapia delle atresie profonde del condotto uditivo per mezzo di caustici, quali l'acido solforico ed il trattamento del cancro. Questo consisteva nell'evacuare l'atrabile (salassi ed infusi di timo e verbena), nell'impedirne la formazione, scegliendo un clima umido e freddo, e seguendo un regime alimentare a prevalenza vegetariano. L'eliminazione della parte malata si faceva sia per *digestione*, applicandovi un unguento contenente il succo di solatro (*Solanum nigrum*), polvere di piombo, ranocchie verdi, ecc., sia asportando direttamente il tumore; ciò si faceva mediante un coltello di legno o di corno, intinto nell'acqua forte, passando poi energicamente col ferro rovente, sia per arrestare l'emorragia, sia per impedire le recidive. Malgrado tale intervento radicale, Fabrizio confessa che spesso la malattia ricompare...; ciò che, pur con tecnica più perfezionata, accade anche ai giorni nostri.

fil.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Sui fenomeni anafilattici nel campo dermatologico.

(U. REBAUDI. Genova, Stab. Artisti Tipografi, 1920, p. 242).

L'organo cutaneo rappresenta il campo in cui i fenomeni cosiddetti anafilattici sogliono presentarsi con maggiore evidenza ed in cui anzi è più facile studiare il loro meccanismo patogenetico.

È perciò degno di menzione il lavoro del Rebaudi il quale si è accinto con solida preparazione e completa conoscenza della vasta materia, che in poco meno di un ventennio, cioè dall'epoca in cui il Richet (1902) illustrava il risultato delle sue prime ricerche, fino ad oggi ha assunta così grande importanza sia nel campo puramente sperimentale che in quello clinico, a studiare i fenomeni anafilattici in rapporto alle varie dermatosi.

Il lavoro consta di una breve introduzione cui segue un capitolo contenente un quadro riassuntivo sui fenomeni anafilattici in genere.

In una prima parte poi sono studiate le manifestazioni anafilattiche della pelle dovute ad introduzione di albumine per via parenterale: malattia da siero, esantemi da vaccinazione, reazioni cutanee anafilattiche per veleno d'insetti, scottature in rapporto con l'anafilassi, anafilassi in talune malattie infettive con manifestazioni cutanee come la tubercolosi, la sifilide (con particolare riguardo alla cutireazione nella lues ed alla reazione di Herxheimer), tricofizie (con ricerche sperimentali), ulcera venerea, iniezione gonococcica, ecc.

In una seconda parte sono studiate le manifestazioni anafilattiche della pelle dovute ad introduzione di albumine per via enterale, come l'urticaria (con la osservazione di un caso di urticaria da ingestione di mitili studiato dal lato anafilattico ed immunitario), alcuni edemi circoscritti della cute, forse alcune forme di reazioni cutanee a tipo di eczema, infine le eruzioni medicamentose, ecc. A proposito di queste ultime l'A. tocca brevemente la questione, portandovi anche un contributo di ricerche personali, se soltanto le sostanze albuminose siano capaci di creare lo stato anafilattico, e l'altra dell'affinità fra idiosincrasia ed anafilassi.

Ogni capitolo è fornito di una bibliografia accuratamente redatta e largamente discussa nel testo del lavoro.

Le prove sperimentali furono per la massima

parte condotte nell'istituto Maragliano per lo studio delle malattie infettive e costituiscono, se non la parte più cospicua, certo quella più originale e più importante del lavoro. Il quale, soprattutto da questo lato, rappresenta un notevole contributo alle nostre conoscenze su questi fenomeni di tanto interesse scientifico non dal solo punto di vista dermatologico ma anche della biologia e della patologia in genere.

V. M.

DIAGNOSTICA.

Il dolore alla spalla.

Suo significato clinico nelle lesioni della metà superiore dell'addome.

(Z. COPE. *Proceedings of Roy. Soc. of. Medicine of London*, febbraio 1921).

Per dolore di spalla va inteso quello sentito nella regione di distribuzione dei n. cutanei discendenti che prendono origine dal 3° e dal 4° n. cervicale, la quale regione è delimitata dalla spina della scapola, dalla clavicola, dall'acromion e dalla base del collo. Questi limiti sono in avanti e all'esterno sorpassati dai rami clavicolari ed acromiali. Se non v'è malattia dell'articolazione della spalla, un dolore in detta regione, concomitante ad una malattia dell'addome alto, è dovuto ad irritazione del diaframma o del suo rivestimento peritoneale, e la via di trasmissione è il N. Frenico.

Negli ascessi del fegato il dolore della spalla destra è dovuto ad irritazione del fegato stesso, ovvero del vicino diaframma?

Il fatto clinico constatato, che tal dolore di spalla negli ascessi del fegato è raramente, seppure giammai, sentito, a meno che il pus non si trovi vicino al diaframma o minacci di perforarlo, induce a credere che l'origine epatica sia inammissibile.

È interessante conoscere, perchè il dolor di spalla negli ascessi epatici alcune volte viene sentito nella fossa sopraspinosa, altre volte nella fossa sopraclavicolare.

Osserviamo. Nell'agosto 1920 un uomo di 59 a. fu ricoverato d'urgenza all'Ospedale St. Mary con sintomi di ulcera gastrica o duodenale perforata. Egli avvertiva un dolore violento nella fossa *sopraspinosa*, che cessò dopo l'operazione. Questa mise in evidenza un'ulcera perforata, nel punto d'unione fra la prima e la seconda porzione del duodeno con un abbondante essudato plastico nella regione subepatica: la perforazione fu drenata e si eseguì la gastrodigiunostomia.

Nel settembre dell'istesso anno un giovane di 30 a. fu ricoverato all'Infermeria St. James anche per ulcera gastrica perforata. All'inizio della sua crisi aveva avvertito per cinque o sei volte, negli sforzi di tosse, un dolore, come un colpo di pugnale, sulla spalla destra e precisamente nella fossa *sopraspinosa*. L'operazione mostrò un'ulcera del piloro perforata, con infiltrazione flogistica evidente nella regione sub-epatica: l'ulcera fu suturata, e si eseguì la gastroenterostomia. Il dolore cessò dopo l'operazione.

Nella settimana seguente un paziente con sintomi addominali accusò insieme un dolore trafiggente nella fossa sottoclavicolare destra. All'E. O. nulla d'importante, però, nell'addome; mentre nel torace, oltre una zona iperalgesica sotto la clavicola destra, si rilevò uno sfregamento pleurico nel limite più basso della pleura destra in avanti; indietro nulla. Pleurite diaframmatica. T. 40°. Comparve quindi una lieve polmonite basale, ma dopo alcuni giorni il paziente guarì completamente.

È importante ricordare come un ammalato con pleurite purulenta, guarita con Pleurotomia e Resezione costale nell'anno precedente, proprio allora si presentava all'osservazione, accusando dolore indietro alla spalla sinistra, senz'altro sintoma: evidentemente la cicatrice consecutiva alla chiusura del tragitto lungo il quale era stato messo un tubo a drenaggio sulla parte posteriore del diaframma, determinava ora una trazione anzi uno stiramento di questo. Quando, dunque, un processo morboso irrita la parte posteriore del diaframma, ecco il dolore sopraspinoso; quando invece irrita la parte anteriore del diaframma, ecco il dolore sottoclavicolare.

Una giovane signora fu ricoverata d'urgenza all'ospedale Bolingbroke con fortissimi dolori all'addome e ad ambedue le spalle, precisamente verso l'articolazione acromio-clavicolare, che si mostrava iperalgesica da ambedue le parti all'esame obbiettivo. Ulcera gastrica perforata; la bilateralità del dolore di spalla indicava la sede mediana dell'irritazione diaframmatica. L'operazione mise in evidenza un'ulcera sulla piccola curvatura in prossimità del cardias. I dolori di spalla scomparvero. Dopo alcuni giorni cominciò un po' di febbre e ritornò il dolore acromio-clavicolare; probabile ascesso subfrenico. Comparve ottusità alla base dell'emitorace sinistro, indietro. Fu deciso l'intervento prima con resezione della decima costola, e poi per via subcostale anteriore: in avanti all'angolo splenico del colon fu aperto un ascesso con marcia fetidissima. Cessò il dolore di spalla acromiale. Il tragitto fu drenato, ed è curioso il fatto che la paziente diceva che ogni volta che veniva messo il drenaggio

si risvegliava il dolore di spalla, ma non più acromiale, sibbene nettamente clavicolare: il drenaggio toccava la porzione anteriore del muscolo, e non la regione della cupola come faceva l'ascesso.

All'istesso ospedale accorse un giovane con sintomi di Peritonite generale molto grave, con etiologia ignota. Il meglio che credette di fare il chirurgo di guardia fu il drenaggio della pelvi. Lo stato generale migliorò, la febbre diminuì. Dopo una decina di giorni ecco un dolore sopra e lungo la clavicola sinistra. All'esame del torace si trovò riduzione di suono, mormorio vescicolare indebolito, e diminuita trasmissione del fremito toraco-vocale: segni di pleurite. Ma ciò non spiegava il dolore clavicolare. Con un esame più minuto si trovò in avanti uno sfregamento pleurico, che spiegava tal dolore. Mettendo però insieme questi dati toracici consecutivi con i dati addominali precedenti si pensò ad un ascesso subfrenico, sotto la metà anteriore della parte sinistra del diaframma. L'operazione infatti, previa resezione della parte anteriore della decima costa sinistra, per via sottopleurica, aperse la strada ad un ascesso subfrenico precisamente innanzi alla milza.

Il Clayton-Greene cita un caso, nel quale, dopo quindici ore dall'insorgenza di un dolore addominale, apparve un dolore acuto nella regione acromiale destra, quasi un chiodo venisse affondato nell'osso, con recrudescenza inspiratoria. Appendicite. La laparotomia mostrò un'appendice a sede retrocecale, perforata, con molto essudato siero-purulento libero nel peritoneo.

Il Dawson dà notizia di una signora affetta da colelitiasi, che fu operata di colecistectomia, dopo la quale un drenaggio di gomma fu innestato al moncone del dotto cistico. Finita l'operazione la paziente divenne inquietissima per un dolore nella fossa sopraspinosa. Allora furono rallentati i mezzi di fissazione del tubo alla pelle, fu ritirato un po' il tubo istesso, e il dolore immediatamente cessò. Evidentemente il tubo premeva indebitamente sul pilastro destro del diaframma verso il margine posteriore dell'iato di Winslow.

Il Lake ha avuto un paziente affetto da pancreatite acuta, che presentava un dolore sulla parte posteriore della spalla sinistra, ed un altro paziente affetto da ulcera gastrica cronica posteriore aderente al pancreas, nel quale vi era dolore analogo: vi era irritazione del pilastro sinistro del diaframma.

Nella calcolosi biliare il dolore al di sopra della spalla è piuttosto raro: non è dovuto alla malattia per sè stessa, cioè alla colica biliare, alla colecistite, o alla pericolecistite, ma a qualche complicanza eventualmente presente, che irriti una parte qualsiasi del diaframma.

Dall'insegnamento diretto del malato, confortato dalla spiegazione ormai chiara che offre la anatomia, si deduce:

1° che causa del dolore di spalla nelle lesioni addominali è un'irritazione del diaframma, e non di alcun viscere addominale;

2° che un'irritazione unilaterale del diaframma porta dolore alla spalla corrispondente;

3° che un dolore di spalla bilaterale indica un'irritazione mediana del diaframma, spesso risultato di perforazione di ulcera gastrica;

4° che un'irritazione della parte anteriore del diaframma induce dolore clavicolare o sottoclavicolare; un'irritazione della cupola o parte media del diaframma induce dolore acromio-clavicolare; un'irritazione della parte posteriore del diaframma o del pilastro induce dolore sopraspinoso;

5° che il dolore di spalla è di grande valore diagnostico in tutta la patologia degli organi sopramesocolici dell'addome, del diaframma, e della parte inferiore della cavità toracica.

N. GENTILE.

MEDICINA.

Considerazioni sulla stipsi cronica.

(C. VON NOORDEN. *Med. Klin.*, n. 25, 1921).

Le funzioni motorie dell'intestino sono regolate come lo hanno dimostrato ricerche fisiologiche e farmacologiche sperimentali: 1° dal plesso di Auerbach; 2° da un plesso parasimpatico apposto alla sierosa.

1° Il plesso di Auerbach in condizioni normali regola automaticamente la peristalsi a seconda degli stimoli che ad esso pervengono dal contenuto dell'intestino e non viene quasi influenzato da stimoli di altra natura. L'eccitabilità degli archi riflessi (mucosa, gangli del plesso, muscolatura intestinale) è varia nei diversi individui, così pure nello stesso individuo a tempi diversi. L'eccitabilità del plesso di Auerbach viene influenzata in senso antagonistico dal sistema simpatico e da quello parasimpatico (vago): è inibita dal primo, stimolata dal secondo. Esistono numerose forme di iper- e di ipoperistalsi d'ogni grado, dovute a tali stimoli eccitanti o inibenti che agiscono sul plesso di Auerbach; tali stimoli provengono spesso da lontano, non di rado dalla psiche.

2° Il plesso parasimpatico appartiene al vago; indipendente dal plesso di Auerbach, esso esercita un'azione eccitante sulle fibre muscolari dell'intestino. Mentre gli stimoli che pervengono al plesso di Auerbach non fanno che eccitare od inibire la peristalsi ed agiscono su grandi segmenti, l'eccitazione del plesso parasimpatico provoca una contrazione spasmodica disordinata e talvolta occlusione di un segmento di intestino. A seconda della causa, tale spasmo può durare per secondi, minuti, ore, o giorni. Fisiologicamente questi spasmi hanno probabilmente il compito di regolare le fasi della digestione. Patologicamente il plesso parasimpatico può essere eccitato da stimoli mucosi, centrali, riflessi, tossici.

La maggior parte dei casi di stipsi funzionale cronica dipende da una ipoeccitabilità o ipoeccitazione del plesso di Auerbach; secondariamente si aggiungono come complicazioni gli spasmi ipervagotonici locali. In una sola forma di stipsi funzionale cronica, nel «tipo ascendente» (intensificazione patologica degli spasmi che anche in condizioni normali impediscono nella prima parte del colon trasverso il progresso delle feci), gli spasmi locali sono il disturbo primitivo; in molte altre forme essi sono presenti e rappresentano una complicazione secondaria (in tutte le forme inveterate, in casi di ipereccitabilità del vago addominale anche negli stadi precoci).

Ogni terapia per essere efficace deve innanzi tutto rimuovere questi spasmi. Il mezzo più opportuno è l'atropina. Le dosi devono variare a seconda degli individui; la dose migliore è quella minima che sia ancora efficace. Rimossa la spasmofilia dell'intestino è necessario trasformare l'ipoperistalsi in normoperistalsi, coll'accrescere l'eccitazione e l'eccitabilità del plesso di Auerbach.

La terapia sintomatica accresce l'eccitazione, quella etiologica, l'eccitabilità; quest'ultima soltanto riesce efficace.

1° Terapia medicamentosa.

Alcuni ormoni regolano l'eccitabilità del plesso di Auerbach. I preparati tiroidei, l'ipofisina, fanno aumentare la peristalsi in alcuni casi (evidentemente dovuti a scarsezza di tali ormoni); il miglioramento non è però duraturo.

L'Hormonal, preparato simile alla colina, stimolo fisiologico del plesso di Auerbach, dà dei risultati più duraturi ma incostanti. Gli altri medicamenti o provocano la secrezione di liquidi nell'intestino e così rendono molli le feci, oppure stimolano chimicamente il plesso di Auerbach. Questa terapia sintomatica, se condotta con criterio esercita ed educa l'apparato nerveo muscolare e diviene in tal modo terapia etiologica (ciò specialmente usando dosi scarse, appena efficaci, diminuendo poi la dose, fino a sostituire infine lo stimolo medicamentoso con stimoli alimentari). Usati senza criterio, i lassativi (e ancor più i clisteri) diminuiscono ancora di più l'eccitabilità del plesso di Auerbach.

2° Neuroterapia, psicoterapia, massaggi.

Con queste forme di terapia si cerca di rimuovere dalla psiche gli stimoli inibitorii e di formarvi quelli eccitanti il plesso di Auerbach; di formare quelli atti a rimuovere gli spasmi del plesso serioso parasimpatico.

3° Terapia dietetica.

Una dieta ricca di sostanze vegetali adatte aumenta l'eccitazione del plesso di Auerbach; opportunamente scelta e dosata essa ne aumenta anche l'eccitabilità con l'educare e l'esercitare un'adatta peristalsi: l'Autore ammette che tale dieta riesca a guarire il 90 % dei casi di stipsi funzionale cronica. È però necessario saper dosare esattamente le sostanze eccitanti, aver quindi una profonda cognizione della terapia dietetica.

Pollitzer.

CHIRURGIA.

Gli usi dei trapianti della fascia lata in chirurgia

(Gray Turner. *Brit. Med. Jour.*, 17 gennaio 1920).

L'A. ha usato personalmente questo metodo nell'artroplastica, come è stato volgarizzato da Murphy, con risultati assai soddisfacenti; ma desidera di richiamare brevemente l'attenzione sugli usi che se ne possono trarre in altre circostanze, forse meno ben note.

I. — Esso è utile per proteggere tessuti profondi come nervi o tendini suturati durante una guarigione lenta di una ferita per granulazione; ovvero, quando i tessuti superficiali sono talmente danneggiati che è facile prevederne la suppurazione.

L'A. riferisce l'esempio di un uomo che aveva avuto una ferita lacerante sul dorso del pollice destro, con sezione completa dei tendini. E ha visto applicare un trapianto di fascia in caso di aneurisma di una grossa arteria in cui ci si doveva guardare specialmente dalla possibilità di una rottura del sacco.

II. — È anche notevolmente utile per la sostituzione di tendini perduti; e a questo scopo l'A. l'ha usato in chirurgia di guerra con successo. Ne riferisce anche qui per esteso, allo scopo di citare un esempio, un caso in cui il paziente aveva perduto una considerevole lunghezza del tendine estensore dell'indice destro.

III. — Trapianti simili sono ancora utili per coprire il cervello dove le meningi siano deficienti, impedendo in tal modo che esso aderisca alla galea. Anche qui un caso per esempio: un individuo che soffriva di grave epilessia jaksoniana successiva a una ferita d'arma da fuoco nel capo e che aveva subito trapanazione; e in cui l'intervento secondario constatò che il lembo cutaneo era per un certo tratto aderente alla sostanza cerebrale non protetta.

IV. — Similmente la fascia lata può essere usata per riparare l'uretra. L'A. la usò nel caso di una grossa fistola che era stata operata 4 volte senza successo.

È sorprendente il comportamento dei trapianti in presenza di infezione attiva. In un caso di artroplastica del gomito v'era suppurazione grave: ciò nonostante la larga striscia di fascia lata che venne usata non suppurò e il risultato riguardo ai movimenti fu eccellente. Similmente in uno dei casi in cui la fascia servì a riparare un tendine vi fu una recrudescenza di sepsi: dopo la detersione dal pus i margini della ferita si aprirono mettendo a nudo direttamente il tendine ricostituito da fascia: ma questo non venne attaccato e in un tempo notevolmente breve la ferita guarì per granulazione, senza che il processo di riparazione del tendine venisse interrotto, tanto che il paziente riguadagnò il movimento dell'articolazione terminale del pollice.

Ecco dunque alcuni degli usi dei trapianti di fascia: l'ingegnosità e la necessità ne suggeriranno molti altri e, l'esperienza porta a credere, con successo. SEB.

CENNI BIBLIOGRAFICI

L. PRON. *Maladies de l'intestin et leur traitement en clientèle.* Paris, A. Maloine, in-8, 316 pag. ill., 10 frs.

L'autore delle «Maladies de l'estomac en clientèle» pubblica in questi giorni un volume sulle malattie dell'intestino. Non è un trattato, e basterebbe a dimostrarlo la mole: è un manuale pratico, essenzialmente pratico. Dopo brevi ricordi anatomici e preliminari di semeiologia fisica, chimica, microscopica e radiologica, l'A. passa a tratteggiare le principali malattie dell'intestino: dispepsie intestinali, flogosi semplici ed infezioni specifiche dell'intestino, ulcerazioni, turbe statico-meccaniche, turbe circolatorie, modificazioni di calibro, tumori, parassiti.

Come si vede la materia è trattata da un punto di vista clinico e non secondo un piano dottrinale di patologia.

Il concetto informatore del libro è la terapia: ovunque abbondano le ricette e le prescrizioni così care e così utili ai medici pratici, anche provetti. Si vede che l'autore ha una poderosa esperienza di cure in clientela.

È notevole l'aggiornamento di ogni capitolo con le più moderne medicazioni: ne fanno ampia fede le pagine sull'appendicite, sulla dissenteria amebica, sulla malattia di Arbuthnot-Lane.

È questo un libro che crediamo di notevole utilità per l'esercizio pratico giornaliero, per chi già conosce la patologia e la clinica dell'intestino e vuole avere sott'occhio rimedi e ricette. E ciò tanto più in quanto buoni libri moderni su questo brano di terapia non abbondano. *g. sabatini.*

A. B. MARFAN. *Introduction à l'étude des affections des voies digestives dans la première enfance.* Baillière et fils., éditeurs. Paris, 1920.

Le malattie dell'apparato digestivo nella prima infanzia rappresentano uno dei più importanti capitoli della patologia infantile; il pediatra deve conoscerlo a fondo, il pratico non può nè deve ignorarlo.

Questo capitolo così importante è trattato magistralmente dal Marfan in questa sua recente pubblicazione.

L'A. sull'argomento ha delle idee originali (che è impossibile riassumere in un breve cenno) che sono frutto di lunga esperienza clinica e che sono esposte con una chiarezza ed una precisione sorprendenti, insieme ad una classifica clinica delle malattie delle vie digestive nella prima infanzia basata sui quattro sintomi principali che predominano in queste affezioni, cioè i vomiti, la diarrea, la costipazione e la denutrizione.

Nella prima parte del lavoro è vagliato al lume di una critica severa e minuziosa tutta l'importanza della infezione e della intossicazione nel verificarsi delle forme morbose più importanti e sono enumerate le cause di esse in capitoli ricchi di dottrina e di osservazioni. *Genoese.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 giugno 1921.

Presidenza del prof. R. ALESSANDRI, vice-pres.

Commemorazione dei proff. Concetti e Fortunati.

Il socio prof. SPOLVERINI rievoca la bella figura del prof. Concetti di cui ricorda l'opera di maestro, di scienziato e di filantropo.

Il prof. GENNARI porta un saluto alla memoria dell'estinto a nome dell'Ospedale del Bambin Gesù, che dal prof. Concetti fu fondato.

Il prof. PUCCIONI che avrebbe dovuto commemorare il prof. Fortunati scusa la sua assenza e la commemorazione da lui scritta viene letta dal segretario prof. Leotta.

L'avitaminosi da ifomiceti.

Prof. A. MISSIROLI. — Dai risultati ottenuti l'O. deduce che le muffe possono distruggere od alterare profondamente le vitamine antibatteriche. Per quanto riguarda la pellagra, negli eventuali rapporti coll'avitaminosi, si spiegherebbe così come le muffe possono concorrere ad accentuare l'insufficienza alimentare specifica del mais ove questo sia ammuffito.

Sulla diagnosi e sulla cura dell'ulcera mediogastrica

Prof. R. ALESSANDRI. — L'O. fa rilevare come una certezza diagnostica possiamo averla dall'esame radioscopico e radiografico che ci rivela la presenza della nicchia. Se questa non c'è ci si può basare sul dolore e sulla clessidra spastica. Dice che non è da dare grande importanza all'esame chimico del succo gastrico. Egli ha potuto osservare come nell'ulcera medio-gastrica la ipercloridria sia l'eccezione: su 12 casi in tre ha trovato ipoacidità, in tre secrezione gastrica normale, negli altri anacloridria. Ricorda come l'indicazione ad intervenire in detta lesione sia data dalla tendenza dell'ulcera a perforarsi e dai disturbi che arreca. Passa quindi a trattare della tecnica operatoria ed espone i vari metodi oggi più in uso da lui provati. Dice di aver fatto talvolta e con buoni risultati la cauterizzazione dell'ulcera e la sutura, metodo che però non è applicabile nelle ulceri penetranti della faccia posteriore per le quali il metodo di scelta è dato dalla resezione.

Lussazione traumatica inveterata dell'anca.

Prof. L. ZAPELLONI. — Riferisce su di un caso di lussazione traumatica inveterata dell'anca da lui osservato e curato all'Ospedale della Consolazione.

E. GROSSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 26 giugno 1921.

Presidenza del prof. G. MIRANDA, presidente.

Sul significato del glicogeno nella vita embrionale.

VASTARINI-CRESI prof. GIOVANNI. — Le ricerche dell'O., iniziate fin dal 1908, dimostrano *per la prima volta,* in modo non dubbio, come tra i vari ed importanti uffici che il glicogeno compie nel corso della vita embrionale dei vertebrati, vi è anche quello di contribuire in larga misura ai *processi della organogenesi.* Da numerose osservazioni eseguite sopra embrioni di mammiferi (uomo, gatto, bue, pecora) risulta che, nella maggior parte degli *organi cavi* che derivano da *abbozzi* primitivamente o secondariamente *pieni,* e più spiccatamente in quelli di origine ectodermica, la comparsa di un lume o di una cavità si verifica in seguito al disfacimento degli elementi centrali e che tale disfacimento cellulare è dovuto sopratutto ad un turbato ricambio degli idrati di carbonio, in ispecie ad un forte squilibrio tra produzione e consumo di glicogeno. Nel processo istologico che conduce alla *canalizzazione* si possono schematicamente riconoscere tre periodi:

1° periodo della *proliferazione;* 2° periodo della *infiltrazione glicogenica;* 3° periodo del *disfacimento cellulare.* Le cellule epiteliali, moltiplicandosi ed evolvendosi dallo stato germinativo, periferico verso il centro dell'abbozzo, si vanno man mano rigonfiando, per accumulo sempre crescente di glicogeno, e, divenute, per così dire *idropiche* (cellule vescicolose), finiscono per scoppiare, versando al di fuori tutto il loro contenuto, il quale, sempre più *fluidificandosi,* verrà o prima o poi eliminato ed eventualmente riassorbito, lasciando libero lo spazio che occupava. L'O. dà quindi un elenco dei vari organi pei quali la infiltrazione glicogenica interviene sicuramente come fattore di sviluppo. Crede infine che i fatti enunciati possano anche rendere ragione di alcuni *fenomeni teratologici,* quali ad es., le atresie congenite dell'esofago, dell'intestino, delle vie biliari, ecc.

Un caso di cisti da echinococco.

MINERVINI prof. RAFFAELE. — L'O. riferisce su di un caso raro ed interessante di voluminosa cisti endocranica in un giovane di 17 anni, il quale aveva riportato due anni prima un trauma sulla regione parietale sinistra. Presentava appunto in questa regione un infossamento della volta cranica, leggermente pulsante, ed era affetto da perdita della facoltà visiva nell'occhio destro e notevole diminuzione di *visus* nel sinistro; presentava inoltre paresi del facciale a destra e dell'arto superiore e inferiore dello stesso lato, nonchè diminuzione della sensibilità in tutto il lato destro.

Fu operato di craniectomia e si trovò una voluminosa cisti idatidea, sviluppata sulla dura madre, che aveva usurato il parietale e compresso e appiattito il lobo parietale ed occipitale sinistro. Vuotata ed estirpata la cisti, risultò un ampio cavo, della capacità di oltre un litro, il quale si ridusse rapidamente per aumento progressivo di volume del lobo cerebrale appiattito, mentre migliorarono rapidamente i disturbi funzionali esistenti. Però nel 3° giorno si ebbe dalla ferita un profluvio di liquido cefalo-rachidiano e dopo pochi giorni comparvero sintomi di meningite. Morì il 13° giorno dopo l'operazione. All'autopsia si rinvenne meningo-encefalite purulenta, con larga perforazione delle meningi e dell'encefalo, comunicante col ventricolo laterale fortemente dilatato.

A. CHISTONI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

La tubercolosi nei fanciulli.

A. Levinson (*Med. Record*, 7 maggio 1921), studiando 300 ragazzi, che erano stati in contatto con tubercolosi, trovò che 141 reagivano positivamente al Pirquet, 83 negativamente: per 76 manca il giudizio definitivo. Dei 141 positivi, solo 14 (10 %) aveva sintomi di tubercolosi attiva; fra cui 3 di forma polmonare: nel rimanente (90 %) la tubercolosi era latente anche senza sintomi subbiettivi, ma nella maggior parte vi era deficienza di peso (4-8 % sotto la media). Fra questi con tubercolosi latente si è riscontrato un gran numero con ciglia lunghe e con vene visibili sul torace; nel 75 % vi era ottusità in corrispondenza dell'ilo e broncofonia alla settima vertebra dorsale, segni che l'A. ritiene molto significativi per la tubercolosi delle ghiandole ilari. Le radiografie confermano il reperto, mostrando un'ombra sull'ilo e spesso chiazze calcificate nel parenchima polmonare e strie verso l'apice. Il segno di Eustace-Smith [murmure percepito sullo sterno, quando il capo è fortemente iperesteso; ritenuto caratteristico della tubercolosi delle ghiandole bronchiali: *N. d. Redatt.*] è stato riscontrato assai raramente.

La prova alla tubercolina, se positiva, stabilisce la diagnosi di infezione tubercolare nei bambini: il tipo di infezione verrà poi determinato per mezzo dei sintomi obbiettivi e subbiettivi e dei raggi X.

Tutti i bambini che sono in contatto con tubercolotici vanno periodicamente esaminati: quelli con tubercolosi latente possono esser lasciati nella loro casa se questa è in buone condizioni, non sottoponendoli ad alcun trattamento, ma solo adottando misure igieniche. Se le condizioni della casa sono cattive o se vi è un caso di tubercolosi aperta, i bambini vanno inviati al sanatorio.

fil.

La meningite tubercolare negli adulti.

Assai raramente si riscontra la sintomatologia che è classica nell'infanzia; il più spesso si hanno sintomi motori a tipo emiplegico o monoplegico, con o senza epilessia Jacksoniana; talora si ha afasia o sordità verbale, tal'altra uno stato comatoso. Vi può forse essere uno stato premonitorio, con disturbi dell'intelligenza e dell'affettività, che, però, raramente vengono riconosciuti.

Il modo di inizio ha notevole importanza sull'ulteriore decorso della malattia; vi è una *forma latente*, che si manifesta poi d'improvviso con attacchi epilettiformi o deliranti rapidamente seguiti da coma mortale; talvolta non vi sono che pervertimenti mentali od affettivi o delirii di vario grado, con esito in mania acuta. Nella *forma spinale*, la più comune nei soggetti tubercolotici, si hanno i caratteri di una mielite ascendente: in quella emiplegica, vi sono localizzazioni meningee sulle zone psicomotorie.

Jaccoud descrive un tipo lento e remittente, in cui il tubercolotico viene colto da attacchi di cefalea, vomito ed astenia, che poi cessano, salvo a ritornare ogni 5-8 giorni; dopo diversi attacchi, compaiono i sintomi meningei.

Accade spesso che il medico si trovi dinnanzi un paziente con emiplegia (per lo più del tipo flaccido, con presenza del segno di Babinski), monoplegia, corea, ecc.: mancano di solito completamente i sintomi meningei. Si può avere anche un certo periodo di miglioramento, poi ad un tratto, il paziente muore in coma, oppure la situazione si fa chiara per la comparsa dei sintomi meningei, quali disturbi vasomotori, vomito cerebrale, anisocoria, Kernig ed i noti fenomeni terminali. La temperatura non ha nulla di caratteristico; talvolta manca ogni aumento, tal'altra elevazioni a 39°-40°, tal'altra invece abbassamento fino all'ipotermia.

Come si vede, varie sono le manifestazioni della meningite tubercolare negli adulti, in cui decorre di solito sotto la forma latente.

(*Medical Record*, 7 maggio 1921).

fil.

Osteocondritis juvenili deformans e reazione alla tubercolina.

L'etiologia della O. juv. def. (M. Brandes e C., Man. *Medizin. Klinik*, n. 24, 1921) non è ancora chiara. Si sospettano le cause più diverse: rachitismo tardivo, traumi, rilassamento delle epifisi, atrofia, ipertiroidismo, disturbi di sviluppo, osteomielite e specialmente tubercolosi. Gli AA. in 4 casi di O. juv. def. non hanno mai osservato reazione nè locale nè generale, nè di focolaio, in seguito ad iniezioni di tubercolina in dosi crescenti di 1/100, 1/10, 1.5 e 10 mg. Essi escludono perciò la natura tubercolare dell'O. juv. def. Le iniezioni di tubercolina serviranno nei casi clinicamente dubbi a chiarire la diagnosi differenziale tra l'O. juv. def. e la coxite tubercolare.

Pollitzer.

Il trattamento della tubercolosi genito-urinaria con la tubercolina.

R. Creasy (*Lancet*, 6 marzo 1921) riporta le osservazioni di 48 casi, in cui si ebbe costantemente un miglioramento, più evidente nelle forme iniziali. In ogni caso sospetto, si deve fare la cistoscopia e la prova alla tubercolina; quando questa è positiva, si trovino o non i bacilli nell'urina, si procederà alla cura, che può essere fatta in quasiasi stadio, purchè non vi sia nè febbre continua, nè albuminuria, nè epilessia. Si fanno iniezioni due volte la settimana, a dosi crescenti, fino a che si ottenga reazione: l'innalzamento della temperatura è il preludio del miglioramento. Si fa dapprima la cura per un periodo di 6-12 mesi, ripetendola eventualmente una o due volte, in seguito. *fil.*

L'elioterapia nella tubercolosi.

J. B. Diunan (*Med. Record*, 10 gennaio 1921) riporta le osservazioni di diversi casi di forme polmonari trattati col metodo di Rollier di graduale esposizione alla luce solare. In tutti i casi, si ebbe diminuzione dell'espettorato, aumento dell'appetito e del sonno, in qualche caso miglioramento della temperatura e del polso: qualcuno ebbe a subire una lieve diminuzione di peso (circa 800 g.); qualche altro un aumento notevole. Nessun cambiamento degno di nota nella pressione sanguigna, nelle emazie o leucociti, nel contenuto emoglobinico.

Notevolissimi sono poi stati i risultati nella tubercolosi delle ossa e delle ghiandole, per cui l'elioterapia costituisce il miglior metodo di trattamento, sebbene, come dimostrano i casi dell'A., anche nelle forme polmonari possano ottenersi vantaggi. La scelta della località è quasi indifferente.

fil.

Trattamento della tubercolosi laringea.

Devesi anzitutto applicare la profilassi a tutti i pazienti con tubercolosi polmonare, rivolgendo l'attenzione ad ogni fattore predisponente, come ostruzione o malattie nasali, faringite, tonsillite, raffreddori frequenti, abuso della voce, fumo, polvere, alcool.

Secondo J. Dwantzky (*Am. Review of Tubercolosis*, vol. III, n. 11), il trattamento locale, nei casi cronici consiste nelle polverizzazioni di mentolo (al 5 % in olio d'oliva), consigliando di non abusare della voce. Nei casi acuti e subacuti, si faranno polverizzazioni laringee quattro volte al giorno con soluzione alcalina, seguita da olio al mentolo ed applicazioni locali con soluzione di jodio ed joduro di potassio in glicerina, a concentrazioni variabili da 1.5 a 7.5 %: mentre l'applicatore è nella laringe, si invita l'ammalato ad emettere la voce, con che si portano le corde vocali in diretto contatto col tampone: quando si usano le soluzioni più forti, si fanno prima polverizzazioni con cocaina al 2 %.

Se vi è laringite catarrale, le iniezioni endotracheali di olio al mentolo portano notevole beneficio. L'ortoformio e la cocaina si usano per mitigare il dolore e facilitare l'alimentazione. Quando la disfagia è dovuta ad infiltrazione ed ulcerazione della epiglottide, è consigliabile l'asportazione di questa.

r. s.

Trattamento delle emottisi tubercolari.

L'emottoico deve stare immobile, in posizione supina, con la testa ed il collo leggermente sollevati; si applica una vescica di ghiaccio sul torace, e si mettono dei senapismi alle gambe; proibire ogni alimentazione solida, e dare soltanto pezzetti di ghiaccio o qualche bibita ghiacciata.

È importante calmare la tosse, e si prescriverà una pozione calmante o si farà un'iniezione di morfina (1/2 cg.) o di pantopon (1/2 cmc.) da ripetersi 2-3 volte nelle 24 ore.

Fra i medicamenti indicati per arrestare l'emorragia sono essenzialmente da menzionarsi la pituitrina per iniezione endomuscolare (1 cmc.) o endovenosa (la dose diluita in 10 cmc. di soluzione fisiologica: iniettare lentamente!), e l'emetina per inizioni endomuscolari di 4 cg. da ripetersi eventualmente anche altre due volte nelle 24 ore; l'emetina agisce bene nella emottisi degli ipertesi, mentre non ha influenza in quella degli ipotesi.

(*La Médecine*, maggio 1921).

fil.

SEMEIOTICA.

Punti dolorosi reno-ureterali.

Bazy e Pasteau hanno indicato i seguenti punti dolorosi rivelabili per mezzo della palpazione:

1° Punto lombare o costo-vertebrale (all'unione della 12ª costola e della colonna vertebrale).

2° Punto sotto-costale, all'estremità anteriore della decima costa.

3° Punto paraombelicale; immediatamente all'esterno dell'ombelico: indicherebbe la pielite.

4° Punto ureterale medio; all'intersezione di una linea orizzontale, che unisce le due spine iliache antero-superiori e di una verticale, che passa per la spina del pube.

5° Punto ureterale inferiore o pelvico, in corrispondenza dell'imbocco dell'uretere in vescica: rivelato dall'esplorazione rettale nell'uomo, vaginale nella donna: indicherebbe una ureteropielite.

Secondo R. Le Fur (*Journ. des praticiens*, XXXIV, pag. 644) i soli punti realmente importanti sono il costo-vertebrale, che indica una lesione renale, e l'ureterale inferiore, che indica la lesione uretero-renale ed è frequente sopratutto nella tubercolosi renale, nella uretero-pielite e nell'anuria da calcoli.

fil.

NOTE DI TECNICA

La ricerca del sangue per mezzo del piramidone.

I reattivi occorrenti sono: una soluzione di piramidone (g. 2.5) in alcool a 90° (g. 30): acido acetico al 50 % (ac. acetico glaciale g. 10, acqua distillata q. b. per 20 g.): acqua ossigenata al 3 %.

Se trattasi di feci, se ne discioglie una quantità quanto una lenticchia in 3-4 cmc. di acqua distillata; si decanta il liquido e si aggiungono 8 gocce dell'acido acetico. Si versa la soluzione di piramidone in quantità uguale all'emulsione fecale acidificata e si aggiungono 6-8 gocce di acqua ossigenata. In presenza di sangue, si produce con l'agitazione, dopo pochi minuti, una colorazione violetta.

H. Arons (*Deut. med. Woch.*, 1921, n. 7), che ha fatto esperienze comparative con il noto metodo alla benzidina, ha ottenuto uguali risultati.

fil.

IGIENE.

La trasmissione di infezioni per mezzo di posate e stoviglie.

La publica igiene, nonostante i grandi sforzi che si fanno, presenta tuttora molte lacune, che lasciano adito alla possibilità di diffondere le più svariate infezioni. Una di queste è data dalla scarsa garanzia di pulizia che si ha per quanto riguarda le stoviglie e le posate delle trattorie, dei caffè, bar, ecc.; specialmente in località dove l'acqua è scarsa, si vede spesso che i bicchieri, le tazzine, i cucchiaini vengono risciacquati alla meglio in un recipiente dove l'acqua viene ricambiata non troppo di frequente, con quali conseguenze ognuno può immaginare. Nè migliori sono le condizioni in molte trattorie, dove la lavatura si fa in locale appartato, fuori del controllo del pubblico e quindi le manchevolezze possono anche essere maggiori.

Dearstyne (1) ha esaminato parecchie stoviglie dal punto di vista batteriologico, facendo con scarsa quantità d'acqua una lavatura dell'oggetto ed allestendo poi colture in agar, che contava dopo 48 ore a 37°. Il maggior numero di germi è stato trovato nelle tazzine da caffè (da 1000 a 890,000) e nei bicchieri da acqua (fino a 1,200,000).

Altri studî sull'argomento sono stati compiuti da H. L. Taylor (2) e da altri nei sanatorii di tubercolosi; per mezzo di tamponi di cotone sterile inumiditi con soluzione fisiologica, si strofinavano cucchiai, bottiglie, ecc., usati dagli ammalati, sbattendo poi i temponi in 6 cmc. di soluzione fisiologica, che veniva iniettata in cavie. Si sviluppò infezione tubercolare nel 28 % delle cavie iniettate con lavatura di cucchiai sporchi, mentre le iniezioni rimasero negative usando cucchiai e stoviglie già lavate con i mezzi abituali del sanatorio.

Questi fatti dimostrano che i bacilli tubercolari vengono trasportati per mezzo degli oggetti che servono per mangiare, i quali diventano così terribili agenti di contagio. Pericolosi sono altresì i bicchieri per la larga superficie di contatto che offrono con la parte interna delle labbra. Si impone quindi una seria profilassi in questo senso, nelle case private dove sia un malato (tifo, tubercolosi, ecc.) e tanto più negli esercizî pubblici. Nei sanatorii e negli ospedali bene arredati la lavatura si fa per mezzo di macchine, con acqua calda e vapore; si dovrebbero fare impianti analoghi negli alberghi, trattorie, bar, ecc., o provvedere almeno, negli stabilimenti più modesti, con qualche mezzo che garantisca una sufficiente pulizia, in modo da diminuire la possibilità di trasmettere pericolose infezioni.

A. FILIPPINI.

---

(1) LEARSTYNE. Amer. Journ. Publ. Health, novembre 1920.
(2) H. L. TAYLOR. Amer. Rev. of tubercolosis, giugno 1921.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

NOBILI UMBERTO. *Un anno all'Ospedale Civile di Stradella.* — Pavia, Tip. Cooperativa, 1921.

FRANK CASIMIR. *Die Störungen des Vibrationsgefühls bei den traumatischen Verletzungen der peripheren Nervenstämme.* — Archiv. f. Psych. u. Nervenkrank., Bd. 62.

FAILLA GIOACCHINO VENTURA. *Contributo clinico allo studio della Adenolipomatosi simmetrica a tipo cervicale e studio sintetico delle Lipodistrofie.* — Caltagirone, Tip. G. Cannizzaro, 1919.

BERTOLUCCI ITALO. *Spirochetosi cerebrale e paralisi progressiva.* — Lucca, Coop. Edit., 1921.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1404) *La cura della sciatica.* — All'abbonato 11793:

La cura della sciatica varia in rapporto alla causa dell'affezione. Il numero delle sciatiche dette reumatiche si va riconoscendo sempre minore a misura che il perfezionamento della indagine clinica ha permesso di precisare l'origine radicolare o articolare (sacro-iliaca) di buona parte di tali affezioni dolorose.

La incertezza dell'etiologia della sciatica e del concetto di reumatismo ha dato incremento a quell'empirismo più o meno ciarlatanesco nel trattamento del morbo di Cotugno. Le applicazioni di erbe e le altre stregonerie, di cui parla l'abbonato, lasciano sempre il tempo che trovano.

Le iniezioni di acido fenico e morfina riescono a calmare temporaneamente il dolore e le altre sensazioni fastidiose, ma non curano la malattia.

Buoni risultati si sarebbero ottenuti dall'infiltrazione perineurale di soluzione fisiologica e dall'iniezione epidurale di novocaina e di soluzione fisiologica.

Ma la cura più pratica rimane sempre quella che si adopera in tutte le manifestazioni reumatiche: salicilati per via interna, applicazioni caldo-umide sul decorso del nervo, fangature, bagni termo-minerali.

Dragotti.

(1405) *Cure antisifilitiche nei tubercolotici.* — All'abb. 13313:

La tubercolosi pulmonare non controindica in tesi generale le cure antiluetiche consuete: salvo naturalmente per i preparati di arsenobenzolo nell'uso dei quali occorre la massima prudenza. La ben nota loro azione vaso-dilatatrice può favorire le emottisi, e le reazioni generali, che talvolta essi danno, possono riuscire assai nocive in un organismo in stato di grave consunzione.

V. Montesano.

(1406) *Trattati sulle malattie renali.* — Al dott. A. L., abb. n. 13769:

È pubblicata in francese la seconda edizione sulle malattie dei reni di Chauffard e Laederich (collezione di Thoinot e Gilbert, Baillière et fils, Paris).

Anche del '921 è un volume sintetico del Lichtwitz: *Die praxis der Nieren Krankheiten* (Berlin, Julius Springer).

Nel volume di lezioni del Maragliano troverà utili nozioni e una critica serrata dei moderni concetti sulle nefriti.

Come trattato di elettroterapia consigliamo il Nogier: *Electrothérapie.* Baillière, Paris.

t. p.

(1407) *Trattati di Clinica medica.* — Al dottore P. R. di G. L. (Alessandria.

Non esistono veri trattati di clinica medica, ed è naturale, poichè la clinica mal si presterebbe ad essere inquadrata nei capitoli di un trattato. Esistono, raccolte in volume, lezioni di clinica dei nostri maggiori clinici: così le lezioni di Cardarelli, le lezioni di Maragliano, quelle di Murri.

Fra i trattati di patologia una intonazione clinica ha sempre il trattato del Dieulafoy, ma esso non è più recentissimo. *t. p.*

(1408) « *Quesiti d'igiene* ». — Al dott. V. C.:

Lei vorrebbe aggiungere ai quesiti di patologia e terapia anche un volume di quesiti di patologi medica e d'igiene! È preferibile che la letteratura italiana medica sia assente, anzi che si arricchisca di queste infelici produzioni, del tipo delle dottrine cristiane, quali sono i *libri di quesiti!* Essi vorrebbero facilitare l'arduo compito di pensare e invece riducono la capacità ragionativa ad una miserabile e stereotipata aritmetica!

t. p.

VARIA

Tabacco, tè e caffè.

Si dice molto male del tabacco, del tè e del caffè: si afferma che sono dei veleni, ma non hanno mai ucciso nessuno ed i soli danni che cagionano devono ascriversi a mancanza di moderazione. Costituiscono *i condimenti* della vita; sviano da altri vizi più gravi. Alle volte sono utili: un sigaro può costituire un conforto e dare un'ispirazione, una tazza di caffè può sollevare da uno stato d'inerzia e di depressione. Perchè abolirli?

Nelle immense fattorie dei signori Dick Kerrs a Preston (Inghilterra) è stata recentemente fatta un'esperienza: vietare l'uso del tabacco durante le ore del lavoro; poi un amministratore ebbe l'idea di permetterlo, per 15 minuti nella mattinata e per altrettanti nel pomeriggio: fu notato un aumento immediato della produzione; esso non era fortuito, poichè si mantenne. Dopo tre mesi di osservazioni, fu deciso di estendere il permesso ad un'ora e mezzo al mattino e altrettanto nel pomeriggio: tre ore complessivamente. È questo il limite massimo che comporti un vantaggio; al di là il fumare si dimostra dannoso o decisamente pernicioso. (*American Medicine*, agosto 1920).

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici e le Stazioni sperimentali.

Un recente bando di concorso per i posti di assistente e vice-direttori in alcune RR. Stazioni Sperimentali prescrive che per essere ammessi al concorso occorre la laurea in scienze naturali ed agrarie.

Contro la esclusione dei laureati in medicina protesta giustamente il dottor Pigorini con un articolo comparso sul periodico *Il Coltivatore*.

Evidentemente, egli scrive, si è dimenticato il contributo sempre apportato dai cultori della medicina alla biologia ed a quelle fra le scienze naturali sulle quali immediatamente poggiano le applicazioni pratiche dell'agricoltura e dei suoi metodi di ricerca e di lavoro. Lasciando pur stare i vecchi nomi gloriosi, come quelli di Haller, di Weber, di Bell, di Magendie, di Du Bois Reymond, di Pettenkoffer, di Voit, di Claude Bernard, di Hoppe Seyler, di Marey, di Virchow, perchè qualcuno, dimentico che la fisiologia e la patologia animale interessano così il naturalista che l'allevatore come il medico, potrebbe dire che essi furono medici che fecero della medicina, non saranno certo i naturalisti che si rifiuteranno di iscrivere nella schiera dei loro migliori i nomi di Linneo, Lamark, Geoffroy St.-Hilaire, Darwin, Gegenbaur, Müller, Kölliker, Nägeli, Milne-Edwards. Nè gli istologi rinnegheranno Lieberkühn o Schleiden o Schwann o Remak o Purkinje o Pacini, nè gli zoologi disdegneranno la compagnia di Bojanus, di van Beneden, di Lacaze-Dutier, di von Baër, di von Siebold, di Poli, perchè medici; nè, per la stessa ragione, i botanici disconosceranno l'opera di Jussieu, von Mohl, Hooker, Dutrochet, de Bary; nè i fisici quella di un Dulong, di un Mayer, di un Savart, di un Helmholtz. I chimici non ripudieranno Berzelius, come i mineralogisti e i geologi e i panteologi faranno lieta accoglienza a Hessel, a Miller, a Torrel, a Wright. *Nè gli agrari daranno il bando ai nomi di medici come Cantoni e Cuppari.*

Comunque, il candidato che chiede il titolo di dottore in medicina deve, per prima cosa, aver passato sei lunghi anni nella scuola superiore, deve aver seguito, con obbligo di esame, i corsi di botanica, di zoologia, di anatomia comparata, di anatomia umana macroscopica e microscopica, descrittiva e topografica, di fisiologia, di farmacologia, di patologia generale, medica, chirurgica, di igiene e con essa particolarmente di batteriologia, deve avere frequentato tre anni quelle palestre meravigliose, per rassodare e utilizzare la cultura già abbozzata, per educare e affinare lo spirito di osservazione e la capacità di ragionamento, quali sono le Cliniche: clinica medica, chirurgica, oculistica, ostetrica e via dicendo.

Il corso di medicina adunque comprende, se se ne eccettua qualcuna che non ha poi rapporto con la biologia come la geologia e la mineralogia, tutte le materie del corso di scienze naturali e oltre a ciò richiede lo studio di altre numerose discipline di biologia che non sono richieste per la laurea in scienze naturali. Il medico quindi, se non più, è per lo meno altrettanto adatto a coprire posti per i quali sembra sufficiente la laurea di scienze.

La esclusione quindi dei laureati in medicina dal concorso per i posti direttivi e di assistenza nelle Stazioni Sperimentali è inopportuna ed ingiusta.

Cronaca del movimento professionale.

XV Congresso Nazionale dei Medici condotti.

Si terrà in Genova dall'8 all'11 ottobre. Presidenti onorari del Comitato Ordinatore sono: Martinelli dott. Alfredo, Presidente dell'A. N. M. C.; Ramoino prof. dott. Gr. Uff. G. B., Assessore all'Igiene; vice-presidenti onorari: Oliaro dott. Guglielmo, segretario dell'A. N. dei M. C.; Pavesi dott. Camillo, medico ispettore M. C. di Genova; Presidente effettivo è il dott. Mossa Mario, Presidente Sezione Genovese M. C.

Riportiamo il programma provvisorio dei lavori: Venerdì 7 ottobre, seduta del Consiglio Nazionale; Sabato 8 ottobre, Inaugurazione del Congresso, Conferenza prof. Maragliano, Nomine, Verifica di poteri, Relazioni; Domenica 9 ottobre, seduta del Congresso, visita agli Istituti e a Monumenti; Lunedì 10 ottobre, seduta del Congresso; Martedì 11 ottobre, gita per mare, banchetto.

I partecipanti al Congresso debbono rivolgere domanda per adesione, informazioni e indicazioni riguardanti il loro soggiorno, alla Segreteria del Comitato ordinatore del Congresso, via Palestro 2, int. 5 - Genova. Alla stessa Segreteria devono essere richiesti gli stampati per ottenere la riduzione sulla tariffa dei biglietti ferroviari, secondo la concessione speciale 1ª deliberata del Consiglio dei Ministri nell'adunanza del 13 u. s.

Chi non può intervenire personalmente al Congresso è vivamente pregato di delegare il suo voto, completando il modulo in calce all'invito, ad altro Socio della sua o di altra Sezione, che sia ammesso al Congresso. Potrà anche rilasciare la delega col nome in bianco a persona di sua fiducia (ad es. al Presidente della sua Sezione). La delega, per essere valida, deve restare unita all'invito, e venir presentata alla Commissione per la verifica dei poteri dal Socio delegato assieme al suo invito personale.

Temi in discussione: Relazione morale (Presidente generale); Relazione finanziaria (Cassiere centrale); Modificazione del metodo di votazione nei Congressi (C. Ricci e G. B. Percacini); Gli agricoltori nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (Brun); Assicurazione malattie, loro limitazione e graduale applicazione (Fatichi); Speciale trattamento dei fiduciari dei grandi centri in regime assicurativo (Patricelli); Stipendio minimo nazionale uguale per tutte le condotte (Brun)

- (Campoli); Necessità di una rappresentanza politica della nostra Associazione (Patricelli); Iscrizione dell'Associazione alla Confederazione Generale del Lavoro (C. Ricci); Sindacati medici (Oliaro); Commissione per studiare la riforma della Legge e del Regolamento sugli Ordini (Danioni); Introduzione nei Capitolati medici della rinuncia dei Comuni alle disposizioni restrittive dell'art. 3 della Legge 10 luglio 1910, n. 455 (Danioni); Doveri deontologici nelle taruffe delle condotte viciniori specialmente rurali (Catucci); Organizzazione intellettuale dei medici condotti (Baroni); Riduzioni ferroviarie (La Placa). Perverranno altri temi.

Lega Nazionale fra i Medici della Croce Rossa italiana.

Comunicato. — La Presidenza della Lega, dietro sua richiesta al Comitato Centrale, ha ottenuto le seguenti informazioni circa l'*indennità di congedo* agli ufficiali volontari: «Tanto il Ministero della Guerra quanto quello del Tesoro hanno negato ogni diritto dei nostri Ufficiali volontari all'indennità di congedo. Però il Ministero della Guerra, nella sua funzione di tutela, ha consentito che l'Associazione, con i propri fondi, provveda al pagamento della suddetta indennità».

Il pagamento del premio di smobilitazione agli Ufficiali volontari dipende quindi unicamente dalla Direzione della Croce Rossa!... Auguriamoci che le disposizioni di pagamento agli aventi diritto siano trasmesse con sollecitudine dal Comitato Centrale ai singoli Comitati dai quali dipendono i colleghi Ufficiali volontari che da anni aspettano il premio di smobilitazione.

LA PRESIDENZA.

L'Amministrazione Ospedaliera di Stradella dimissionaria.

In seguito al perdurante boicottaggio dell'Ospedale, determinato dal noto licenziamento di due valorosi sanitarii, e alle controversie con l'attuale medico direttore, il Consiglio d'amministrazione dell'Ospedale di Stradella ha deliberato unanime di rassegnare le proprie dimissioni, perchè l'autorità tutoria, assumendo la diretta gestione della Congregazione di Carità, trovi modo di appianare le divergenze e risolvere la questione ospedaliera.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Contro la riduzione delle cattedre universitarie.

Il passato ministro della P. I., sen. Croce, aveva manifestato l'intendimento di sopprimere 180 cattedre universitarie, tra cui le patologie mediche e chirurgiche. Il C. S. della Pubblica Istruzione, interpellato in proposito, ha espresso parere recisamente contrario.

Per la cattedra di psichiatria nell'Università di Roma.

Su proposta del ministro della P. I. il Consiglio dei Ministri ha approvato il progetto di legge per la separazione dell'insegnamento della patologia e clinica delle malattie mentali da quello delle malattie nervose nell'Università di Roma.

Tale separazione fu più volte sollecitata dalla Facoltà medica di Roma e dallo stesso attuale titolare delle cattedre abbinate, prof. Mingazzini.

A parte la questione generale della opportunità dell'abbinamento delle due cattedre di psichiatria e di neuropatologia, il provvedimento adottato dal ministro Corbino risponde alle esigenze della Università romana, a cui esso è limitato. Qui la separazione dei due insegnamenti esiste da oltre trent'anni, qui esistono due tradizioni, due istituti con le rispettive dotazioni di personale e di gabinetti. Non v'è aumento di personale nè di spesa. Se le esigenze scientifiche reclamavano che si mantenesse la divisione, questa è resa altrettanto necessaria per l'accresciuto numero di studenti alla Università della Capitale.

MEDICINA SOCIALE.

Una scuola d'applicazione per la lotta antimalarica.

Da tre anni la Direzione Generale di Sanità pubblica ha organizzato un insegnamento pratico di metodi profilattici contro la febbre malarica. Fino al 1920 si tenne presso i laboratorii scientifici della Sanità; nel 1921, a cura degli stessi laboratorii, è passato al Poligono d'artiglieria di Nettuno, sede prossima ad una zona di malaria gravissima, l'Accierella.

Gli allievi sono scelti tra i giovani disposti a divenire validi operatori, in aiuto dei sanitari. Ma, oltre questi giovani destinati a formare il corpo ausiliario dei medici, prendono parte al corso anche i medici stessi, gli ingegneri, gli agrari, gli ufficiali di bonifica, quanti, insomma, possono avere interesse al riscatto delle nostre terre dalla malaria, che costituisce forse il maggior ostacolo al progresso agricolo.

Alla scuola, che ha carattere peripatetico, è annesso un laboratorio specificamente attrezzato. In esso gli allievi imparano ad eseguire i preparati di sangue, a riconoscere le zanzare malarigene, a catturarle come materiale d'indagine, ad istradarsi nelle più importanti operazioni naturalistiche, in cui si riassume il compito antimalarico; quindi: operazioni di piccola bonifica, cianidrizzazioni, fumigazioni, pratica delle misure rivolte ad ottenere un buon regime agricolo ed orticolo, norme correttive dei difettosi costumi casalinghi nei

riguardi della malaria, in quanto cioè hanno rapporto cogli abbeveratoi, vasche di adacquaggio, tenuta delle grondaie e dei fontanili, ecc., ecc.

Un notevole sussidio, per il buon frutto didattico della Scuola, è costituito da una *squadra operante,* corporazione di soldati scelti fra i più idonei ad eseguire i varii temi della piccola e media bonifica; di ogni tema esistono due modelli: uno *pregresso* e l'altro *in atto.*

Così gli allievi hanno campo di vedere come si opera e come deve risultare il lavoro quando sia ben compiuto.

Esemplificazioni di drenaggi superficiali e profondi, diserbamenti, rettifiche di bordi, colmate, arginature, semplici difese idriche, con tutto il corredo degli attrezzi utili, formano il quadro istruttivo che si offre agli allievi della Scuola di applicazione. Ed il Ministero della Guerra per mezzo della Direzione del Poligono, concede ogni aiuto e facilitazione per la buona riuscita del corso.

Gli inscritti fanno molti esercizi d'insieme.

Sono due settimane di intensa e proficua opera, che se non conferisce competenza completa e definitiva, serve per lo meno ad istradare nella metodica corretta ed attendibile. Ed è quanto e più estesamente conviene ottenere oggidì nella lotta contro la febbre malarica; giacchè non di dottrina v'è deficienza, nè di buone leggi e nemmeno di corsi direttivi, ma di braccia esecutrici.

Il concetto di questi corsi pratici incontrò molto favore presso la Lega delle Croci Rosse di Ginevra, la quale inviò ed invierà delegati esteri per apprendere il funzionamento della Scuola e trapiantare l'Istituto in varie parti del mondo.

Intanto in Italia, qua e là, il sistema si va divulgando: anche recentemente nel Veneto venne inaugurato un corso analogo.

Possiamo sperare che, in un non lontano avvenire, questa *nuova milizia antimalarica,* di cui finora si possiede appena un campionario, venga realmente ad organizzarsi in forza efficace.

(Dall'*Igiene Moderna*).

Cattedra ambulante d'igiene e biologia sociale.

La Commissione Provinciale Pellagrologica di Bergamo ha istituito una Cattedra ambulante di igiene e biologia sociale.

Tale cattedra è diretta dal segretario medico di tale Commissione, dott. Giuseppe Monti, esperto igienista ed emerito conferenziere.

La forma scelta per quest'opera di propaganda igienica è quella delle proiezioni presentate con opportuno commento, allo scopo di associare impressioni visive ed uditive così da colpire meglio la mente dell'uditorio, provocarne la curiosità, legarne l'attenzione e lasciare ricordi durevoli nelle menti degli ascoltatori.

Si ricorse alle migliori case fornitrici di diapositive per propaganda igienica e attualmente la Cattedra ambulante d'igiene è proprietaria di una considerevole collezione di proiezioni.

Vennero tenute conferenze presso la Regia Scuola Normale Femminile di Bergamo, presso il Corso estivo per maestre giardiniere istituito quest'anno dall'on. Ministero della P. I. in Bergamo, presso il Distretto Militare. Inoltre durante la riunione di insegnanti per insegnamenti di profilassi del tracoma, ecc., si tennero conferenze complementari di igiene e medicina sociale.

Tutta questa vasta organizzazione di propaganda igienica deve quindi tornare di vanto per la Commissione Pellagrologica di Bergamo ed è giusto che venga segnalata perchè possa essere imitata.

Per una grande Mutua Sanitaria a Londra.

Un gruppo dei più illustri medici di Londra ha lanciato lo schema di una Mutua, che deve permettere alle classi medie e proletarie di ottenere l'assistenza medica più completa nei casi di malattie gravi e d'interventi chirurgici o speciali, ad un prezzo accessibilissimo. Questa Mutua varrebbe ad integrare l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, la quale provvede ancora imperfettamente all'assistenza sanitaria.

Le quote annue o premi sarebbero di 1 sterlina per i celibi o le nubili e di 30 scellini per i coniugati il cui reddito sia inferiore, rispettivamente, a 250 e a 400 sterline. Le somme raccolte andrebbero devolute in piccola parte ai sanitari, in massima parte agli ospedali londinesi, dove i pazienti verrebbero accolti e curati.

Si prevede l'adesione di 5 milioni di persone, ma per il primo anno si calcola solo su di 1 milione, il che darebbe un provento di oltre 1 milione di sterline (100 milioni delle nostre lire) che verrebbero così ripartite: 780,000 ad amministrazioni di ospedali, 90,000 ad istituzioni infermiere, 30,000 per trenta ambulanze, 120,000 di competenze ai sanitari, 45,000 per spese amministrative, 135,000 per un fondo di riserva.

La Mutua verrebbe costituita col 1° ottobre 1921.

V.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

59. Provincia di *Avellino*: Dottori: De Iovanna Vito, Avellino, L. 300 — Titomanlio Gennaro, Aiello del Sabato, L. 300 — Rega Michele, Atripalda, L. 300 — Santucci Nicola, Forino, L. 300 — Vesce Fortunato, Pietradefusi, L. 300 — Imbriani Giovanni, San Martino Valle Caudino, lire 300 — Russo Sabino, Solofra, L. 300 — Maselli Pasquale, Accadia, L. 300 — Flora Nicola, Carife, L. 300 — D'Alessandro Camillo, Flumeri, L. 300 — Bianco Michele, Fontanarosa, L. 300 — Landa Raffaele, Greci, L. 300 — Buonopane Alberto, Grottaminarda, L. 300 — Squillante Gaetano, Savignano di Puglia, L. 300 — Petrilli Tommaso, Trevico, L. 300 — Rossi Giuseppe, Vallata, L. 300 — Vitale Alfonso, Aquilonia, L. 300 — Camerienga Iginio, Montecalvo, L. 300 — Cafazzo Antonio,

Bisaccia, L. 300 — **Cioffani Vincenzo, Calitri, Lire 300 — D'Urso Antonio, Conza e Lioni, L. 300 — Follo Filippo, Montemarano, L. 300 — D'Urso** Giuseppe, Rocchetta Sant'Antonio, L. 300 — Masucci Antonio, Marcogliano, L. 300 — Sirignano Giuseppe, Ospedaletto, L. 300 — Abbruzzese Vincenzo, Sant'Andrea di Conza, L. 300 — Bonella Francesco, Quaglietta, L. 300.

60. Provincia di *Cagliari*: Dottori: Tuveri Erminio, Santadi, L. 1000 — Dessi Alfonso, Villacidro, L. 900 — Ramo Antonio, Siliqua, L. 800 — Giacobbe Marco, Muravera, L. 800 — Melis Giovanni, Lunematrona-Siddi Ussaramanna-Pauli, Lire 800 — Frau Antioco, Furtei-Segariu, L. 500 — Sanna Vincenzo, Senorbì, L. 500 — Eby Pasquale, Usanna, L. 500 — Scarsi Giovanni, Villaputzu, L. 500 — Mereu Efisio, Portoscuso, L. 500 — Rombi Federico, Carloforte, L. 400 — Murgia Luigi, Guspini, L. 400 — Loi Evaristo, Narcao, L. 400 — Sias Giovanni, Atzara, L. 400 — Licheri Bachisio, Cabras, L. 400 — Cruccu Virgilio, Terralba, L. 400 — Pala Luigi, Samatzai, L. 300 — Cancedda Massimo, Arbus, L. 300 — Mereu Francesco, Aritzo e Belvì, L. 300 — Manfredi Mereu, Jerzu, L. 250 — Carta Luigi, Jerzu, L. 250 — Deplano Roberto, Assemini, L. 250 — Ramo Raffaele, Capoterra, L. 250 — Olla Giuseppe, San Nicolò Gerrei e Silius, L. 250 — Tuveri Federico, Sardara e Collinas, L. 250 — Costa Gaetano, Fluminimaggiore, L. 250 — Pibiri Severino, Villanovatulo, L. 250 — Panzali Salvatore, Scano Montiferro, L. 250 — Zonchello Mario, Sedilo, L. 250 — Meloni Virgilio, Sanluri, L. 200 — Sanna Luigi, Sanluri, L. 200 — Randaccio Vittorio, Bosa, Lire 200 — Scarpa Antonio, Bosa, L. 200 — Casula Emilio, Oristano, L. 200 — Bonelli Giovanni, Oristano, L. 200 — Cossu Giovanni, Baunei e Triei, L. 200 — Corongiu Francesco, Isili, L. 200 — Racugno Giuseppe, Lanusei, L. 200 — Serra Lazzaro, Tortolì, L. 200 — Ortu Antonio, Cuglieri, L. 200 — Deriu Ant. Maria, Ghilarza, L. 200 — Rondoni Cairoli, Samugheo, L. 200 — Caraciolo Salvatore, Uras, L. 200 — Giua Antonio, Gergei, L. 200 — Ibba Ferruccio, Iglesias, L. 200 — Marcia Luigi, Gesico, L. 150 — Mameli Virgilio, Selegas e Guamaggiore, L. 150 — Mereu Giovanni, San Gavino Monreale, L. 150 — Mereu Carlo, Serdiana, L. 150 — Melis Federico, Villamar, L. 150 — Brundu Agostino, Calasetta, L. 150 — Cabitza Gerolamo, Gonnosfanadiga, L. 150 — Contu Mariano, Desulo, L. 150 — Depau Paolo, Gairo, L. 150 — Milia Ant. Maria, Ortueri, L. 150 — Costa Paolo, Sorgono, L. 150 — Sulis Giovanni, Tonara, L. 150 — Torrigia Raffaele, Abbasanta, L. 150 — Demontis Giuseppe, Ronarcado, L. 150 — Picaluga Enrico, Narbolia, L. 150 — Chessa Stefano, Riola, L. 150 — Sparo Giov. Maria, San Vero Milis, L. 150 — Dore Giovanni, Sorradilè, L. 150 — Serra Paolo, Gairono, L. 150.

61. Provincia di *Catanzaro*: Dottori: Stella Luigi, Sambiase, L. 350 — Santilli Emmanuele, San Nicola Alto, L. 300 — Tropeano Antonio, Badolato, L. 250 — Cacozza Francesco, Gizzeria, L. 250 — Pisani Molè, Monterosso, L. 250 — Renda Pasquale, Nicastro, L. 250 — Colosimo Vittorio, Catanzaro, L. 200 — Martelli Vincenzo, Chiaravalle, L. 200 — Naty Gaetano, Cirò, L. 200 — Serrao Sebastiano, Curinga, L. 200 — Frontera Ricciotti, Cutro, L. 200 — Donato Francesco, Feroleto Antico, L. 200 — Buffone, Filadenfia, L. 200 — Vaccaro, Messina, L. 200 — Ortona Domenico, Monteleone, L. 200 — Vacatello Pasquale, Pizzo, Lire 200 — De Luca Vito, San Vito Jonio, L. 200 — Poerio Piderà Ercole, Sellia ed Uniti, L. 200 — Romano Antonio, Serra San Bruno, L. 200 — Perri, Serrastretta, L. 200 — Trapasso Benigno, Amato, L. 150 — Ambrosi, Gaccuri, L. 150 — Mastroianni Cesare, Conflenti, L. 150 — Costa Raffaelo, Fabrizia, L. 150 — Gulli Vincenzo, Francavilla, L. 150 — Pisani Gregorio, Gasperina, L. 150 — Cinque Vincenzo, Maida, L. 150 — Sirianni Vincenzo, Marcedusa, L. 150 — Lombardi Francesco, Milato, L. 150 — Latessa, Nicotera, L. 150 — Filia Vincenzo, Pizzoni, L. 150 — Oliveti Annibale, Roccabernarda, L. 150 — Gallo Francesco, Rocca di Neto, L. 150 — Ferrari, Rombiolo, Lire 150 — Badolato Raffaele, Santa Caterina, Lire 150 — Catalano Antonio, San Pietro a Maida, L. 150 — Romano Domenico, Simbario, L. 150 — Ranieri Filippo, Soriano, L. 150 — Cinino Luigi, Soveria Mannelli, L. 150 — Perri Enrico, Strongoli, L. 150 — Fuscà Saverio, Vazzano, L. 150 — Muraci Francesco, Ancali, L. 100 — Passafaro Gioacchino, Borgia, L. 100 — Casuscelli Giuseppe, Briatico, L. 100 — Morano, Capistrano, L. 100 — Peda Antonio, Caraffa, L. 100 — Nisticò Giovanni, Cardinale, L. 100 — Mancusi Palmerino, Carlopoli, L. 100 — Zumpano Nicola, Casabona, L. 100 — Lamanna Luigi, Casino, L. 100 — Davoli Francesco, Centrache, L. 100 — Talarico Francesco, Cicala, L. 100 — Roggero, Cropani, L. 100 — Lamanna, Cruccoli, L. 100 — De Barberis Francesco, Davoli, L. 100 — Bannello Antonio, Drapia, L. 100 — Fransoni, Filandari, L. 100 — Cirillo Domenico, Gagliato, L. 100 — Filla Giuseppe, Gerocarne, L. 100 — Donati Giuseppe, Gimigliano, L. 100 — Mazza, Girifalco, L. 100 — Rutano, Guardavalle, L. 100 — Serratore Michele, Jacurso, Lire 100 — Taccone Carlo, Jonadi, L. 100 — D'Agostino, Joppolo, L. 100 — Grande Francesco, Magisano, L. 100 — Caparrotta Giuseppe, Maierato, L. 100 — Mammone, Mongiana, L. 100 — Di Florio Antonio, Montauro, L. 100 — Jannini Giuseppe, Palermiti, L. 100 — Varipapa Saverio, Pallagorio, L. 100 — De Luca Michele, Parghelia, Lire 100 — Di Lorenzo Antonio, Pontone, L. 100 — Castagnino Giovanni Battista, Petilia Pol., L. 100 — Rizzuto Pietropaolo, Petronà, L. 100 — Giancotti Fernando, Piscopio, L. 100 — Perri Raffaele, Platania, L. 100 — Parisi Bruno, Sant'Andrea Apostolo, L. 100 — Pugliese Domenico, San Calogero, L. 100 — Lico Antonio, San Costantino, L. 100 — Tromby Tommaso, San Nicola da Crissa, L. 100 — Cugliari Costantino, Sant'Onofrio, L. 100 — Cancellieri Francesco, Santa Severina, L. 100 — Galateria Giovanni, Santriano, L. 100 — Tallarico Giacomo, Sersale, L. 100 — Miceli Francesco, Spilinga, L. 100 — Maida Agazio, Squillace, L. 100 — Miceli Francesco, Tiriolo, L. 100 — Talotta Domenico, Torre Ruggiero, L. 100 — Spina Francesco, Umbriatico, L. 100 — Loiacono Pietro, Vallefiorita, L. 100 — Galati Roberto, Vallelonga, L. 100 — Collaci Federico, Zambrona, L. 100 — Raymondi Leonardo, Cotrone (frazione Capanice), L. 150 — Covelli Santo, Cotronei, L. 150.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9021) *Armadio farmaceutico*. — Dott. T. P. da M. — Il funzionamento degli armadii farmaceutici dovea cessare fin dal 1918, cioè, cinque anni dopo la pubblicazione della legge sulle farmacie del 22 maggio 1913, n. 468. Così dispose l'art. 33 della legge sulle farmacie di sopra citata. Ciò posto, se sarà fatta istanza per la riattivazione di codesto armadio si avrà certamente sfavorevole risultato.

(9022) *Pensioni od indennità*. — Dott. G. V. da D. M. — La vedova di cui nel quesito da Lei proposto, non può ricevere nè pensione nè indennità, essendo il marito morto solo dopo quattro anni di inscrizione alla Cassa.

(9024) *Indennità caro-viveri*. — Dott. G. B. da C. d'I. — Se in codesta regione è già andata in vigore la legge sanitaria vigente nella madre patria, Le compete la indennità caro-viveri in virtù del decreto 9 marzo 1919, con decorrenza del giorno in cui la detta legge ebbe vigore costà.

(9025) *Seconda indennità caro-viveri.* — Dott. A. P. da S. M. di C. — Non è ancora obbligatoria per le amministrazioni municipali la corrisponsione di una seconda indennità caro-viveri ai proprii dipendenti.

(9026) *Nosocomio - Pagamento prestazione.* — Dott. V. B. da G. — Se amichevolmente non è possibile avere un favorevole risultato, non resta che citare l'Amministrazione ospitaliera dinanzi al magistrato ordinario perchè faccia il pagamento che, secondo noi, è in obbligo di fare tuttora.

(9028) *Indennità caro-viveri.* — Dott. V. R. da P. — Il decreto del 3 giugno 1920 per gli impiegati Statali si applica anche per quei Comuni che hanno accordato al dipendente personale la seconda indennità caro-viveri, non ancora approvata dal Senato. Così stando le cose Ella ha diritto agli 85 centesimi giornalieri per tutti i figli e per la moglie.

(9029) *Ufficiale medico in posizione ausiliaria speciale.* — Dott. G. B. da C. — Non pare che debba e possa essere vietato all'ufficiale medico in posizione ausiliaria speciale di accettare un posto di medico condotto, salvo presentarsi e tenersi pronto per ogni eventuale chiamata sotto le armi.

(9030) *Farmacie.* — Dott. P. P. da P. — Il medico non può esercitare la farmacia. Non è più permesso aprire e gestire armadii farmaceutici. Quando anche il medico ottenesse la laurea in farmacia non potrebbe del pari esercitare la professione di farmacista.

(9031) *Aspettativa.* — Dott. V. M. da V. — Durante l'aspettativa per motivi di famiglia, in cui non si ha stipendio, non si ha del pari diritto ad indennità caro-viveri.

(9032) *Pensioni.* — Dott. G. S. da M. — Per rispondere adeguatamente al quesito da Lei proposto occorre conoscere da quanto tempo Ella abbia aderito alla Cassa. Se abbia aderito dopo del dicembre 1909 non possono essere riscattati gli anni indicati. Per la guerra non v'è alcuna disposizione concreta, tranne quella secondo cui gli anni passati sotto le armi sono considerati come utili agli effetti della pensione. Come medico comunale ha diritto alla indennità caro-viveri stabilita dal D. L. del 9 marzo 1919, n. 338.

(9033) *Abbandono del servizio.* — Dott. A. G. (11023). — Dal momento che in virtù della nomina deve rimanere in carica fino a quando non sarà espletato il concorso per la nomina del titolare, non può abbandonare il posto sino a che tale evento non si verifichi; con la possibilità di essere obbligato in caso contrario alla refusione dei danni.

(9035) *Acquisto della stabilità.* — Dott. D. P. da C. — Il servizio a scavalco va considerato, nè più nè meno, che come un servizio interinale, epperò vien computato nel biennio di prova utile per lo acquisto della stabilità. Ella, pertanto, diverrà virtualmente stabile col 30 settembre prossimo.

(9036) *Ufficiale sanitario - Incompatibilità.* — Dott. F. M. da G. — La legge non dichiara incompatibile l'ufficiale sanitario che abbia come suocero il Sindaco del Comune. Per delicatezza si può dimettere dopo la celebrazione del matrimonio.

(9037) *Cura dei ricoverati nel Carcere mandamentale.* — Dott. M. P. da G. (488). — Legga la legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale, ove a pagina 85 troverà ampiamente svolto l'argomento del quesito proposto se, cioè, al medico condotto competa, ed a quali condizioni, la cura dei ricoverati nel Carcere mandamentale.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

ALBEROBELLO (*Bari*). — Scad. 30 sett. Medico-chirurgo-ostetrico condotto per i poveri del Comune e Frazione Correggia: popolaz. complessiva 10,000 abit. Stip. L. 3000 lorde di R. M. e contributo alla Cassa Previdenza Sanitari. Otto aumenti quadr.: i primi 4 di L. 800, e gli altri di L. 600 ognuno. Indennità di laurea in L. 1000 più 1/10 dello stipendio iniziale per l'assistenza ai poveri della Frazione Correggia lontana 3 km. dal Borgo. Indenn. caro-viv. Obbligo di residenza nel Comune. Numero dei poveri 1500; per un numero superiore — non oltre i 2500 — L. 2 all'anno per ciascun povero. Documenti di rito. Chiedere avviso di concorso al Comune di Alberobello (Bari).

ARGENTA (*Ferrara*). — Scad. 25 settembre. Quattro condotte: Consandolo, Ospitale e Traghetto, Filo, Bando. Stipendio per ogni condotta L. 7000; 2000 indenn. cavallo (ovvero 500 indenn. bicicletta); 3 lire ogni povero oltre i mille; doppio caro-viv. Documenti di rito, con i voti degli esami universitari e certificato idoneità fisica; età massima 34 anni, salvo i casi previsti dall'art. 27 e regolam. 19 luglio 1906. Per maggiori schiarimenti (estensione condotte, abitanti, ecc.), richiedere bando di concorso.

BARDINETO (*Genova*). — Scad. 30 sett. Poveri lire 5000, c. v., L. 500 per uff. san. e L. 600 per mezzo trasporto.

BERGANTINO (*Rovigo*). — Scad. 30 settembre. Medico condotto. Stip. L. 6000, oltre le due indennità caro-viv. e una eventuale terza indennità di annue L. 500 nel caso che il medico non trovasse conveniente alloggio, più L. 1000 per l'uso della bicicletta, oppure L. 2500 per la cavalcatura, e L. 400 se incaricato delle funzioni di uff. sanitar.

CÀ D'ANDREA (*Cremona*). — Stipendio L. 10,500 fino a 2000 poveri. Per mezzo trasporto L. 4000, per ufficiale sanitario L. 500. Scad. 30 settembre.

CARRARA. — Scadenza 30 settembre. Titolare della Sezione Oftalmica dell'Ospedale, con l'obbligo della prestazione gratuita oftalmojatrica a domicilio per i poveri. Stipendio base 7000, più 500 subordinate all'approvazione della Commissione provinciale di beneficenza; caro-viv. 3000. Nette da ricchezza mobile. Domanda diretta al Presidente della Congregazione di carità: documenti di rito compreso stato famiglia e sana costituzione. La Con-

gregazione può annullare o prorogare il concorso se i concorrenti non raggiungono il numero di quattro o se il prescelto della terna non accetta. Nomina per un biennio, eventuale, tacita riconferma, dopo di che resterà definitiva. Aumenti triennali di un quinto; compiuti i 60 anni, deve lasciare il posto. Età massima per il concorso anni 40.

CHIAVENNA (*Sondrio*). — Due condotte:

1ª (Sinistra del Mera e frazioni montane). Stipendio L. 5250 elevabili a L. 6000 dopo il biennio fino a 500 poveri. Addizionale L. 2.50, indennità trasferta L. 243.55, capitolato concordato, preferibilità come assistente all'Ospedale;

2ª (Destra del Mera e direzione dell'Ospedale). Stipendio L. 5250 elevabili a L. 6000 dopo il biennio, fino a 500 poveri. Addizionale L. 2.50, per l'Ospedale L. 500, per le carceri L. 200. Preferito chi sia specializzato in chirurgia. Scadenza 25 settembre.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Scadenza 30 settembre. Concorso per aiuto-chirurgo, per il servizio dei poveri, come gli verrà dettato dal Chirurgo primario; non servizio di condotta. Nomina per un biennio senza riconferme. Stipendio L. 6000 lorde, caro-viv., camera nei locali dell'Ospedale con obbligo di abitarvi. Documenti di rito, compreso sana costituzione, stato di famiglia, iscrizione all'Ordine dei Medici, non anteriori a tre mesi dal 10 agosto; preferenza a chi ha prestato servizio militare.

LEONESSA (*Aquila*). — Scad. 30 settembre. Medico consorziale Terzone-Chiavano. Condotta residenziale. Stip. L. 6000 aumentabile di tre decimi quinquennali, oltre L. 2000 per cavalcatura, L. 2000 per indenn. residenza e doppia indenn. caro-viv. nella misura e per la durata di legge. Documenti di rito. Chiedere avviso di concorso.

LEPRIGNANO (*Roma*). — Scad. 25 sett. Condotta residenziale; L. 9000 per i poveri, L. 500 disagiata residenza, L. 300 quale uff. san., due c.-v.

LETOJANNI-GALLODORO (*Messina*). — Medico condotto con funzioni uff. sanit.; iniziali L. 6500 più L. 600 cavalcatura; caro-viveri. Prorogati termini presentazione domanda corredata documenti 30 settembre 1921. Capitolato ostensibile ore ufficio Segreteria Comunale.

MONTE PORZIO CATONE (*Roma*). — Scad. 30 sett. Medico-chirurgo. Stip. L. 7000 lorde con cinque aumenti quadriennali di L. 500 ciascuno, oltre l'indennità caro-viv. in L. 2400 e L. 300 quale uff. san.

MORIAGO (*Treviso*). — A tutto 30 settembre; fino a mille poveri L. 6000; ogni povero in più L. 2; mezzo trasporto L. 2500; uff. san. L. 400; c.-v. doppio; alloggio gratuito. Territorio tutto in pianura Km. 5×4. Ab. 2552.

OTRICOLI (*Perugia*). — Scad. 30 sett. Condotta residenziale; L. 6000 per mille poveri, due c.-v., L. 150 per uff. san., tre quinquenni del decimo.

PANICALE (*Perugia*). — Stipendio L. 6000, per indennità cavalcatura L. 2500. Assicurazione fino a L. 200 a carico del Comune. Scad. 25 settembre.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — 1ª condotta, residenziale; L. 6000 oltre L. 2000 per disag. resid.; lire 1200 per caro-viveri; se uff. san. L. 260; non obbligo cav. Le condotte sono due. Tre quinquenni del decimo. Assunzione servizio entro 15 giorni dalla partecip. A tutto 30 sett.

RAMACCA (*Catania*). — Condotta pel capoluogo; L. 5000, due caro-viv., 5 quinquenni del decimo. Scad. 2 nov.

ROMANO DI LOMBARDIA (*Bergamo*). — Scad. 30 settembre. Seconda condotta; L. 6500 fino a mille poveri, L. 250 ogni centinaio in più fino a duemila e L. 350 fino a 4000 poveri; decimi per quattro quinquenni; L. 500 per mezzo di trasporto.

S. CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 31 ottobre. Medico-chirurgo della terza condotta del Comune con residenza nella frazione di Palazzone. Stip. L. 5000 con otto aumenti triennali del ventesimo, oltre L. 3000 per il mezzo di trasporto e la indennità caro-viv. nella misura stabilita per gli impiegati governativi.

SOPRAPONTE e VALLIO (*Brescia*). — Consorzio. Scadenza 30 settembre. Abitanti 2177, poveri 1400. Stipendio 5000; indenn. trasporto 700; indenn. condotta montuosa 800; uff. san. 300; doppio caro-viv. Vicinanza tram, ferrovia.

VALSINNI (*Potenza*). — Scad. 31 ottobre. Condotta per i poveri. Stipendio L. 3000 aumentabili per sei quadrienni. Diritti e doveri come da capitolato-tipo provinciale.

VARAPODIO (*Reggio Calabria*). — Poveri; L. 4000 per le prime cento famiglie e L. 5 per ogni famiglia in più; L. 600 per uff. san.; sussidio governativo per campagna antimalarica, liquidato anno per anno; cinque quadrienni del decimo; doppio caro-viv. Scad. 30 settembre.

Dottoressa praticissima microscopia, serologia, batteriologia, occuperebbesi Istituto sieroterapico e affini, ovvero casa di cura, disposta coadiuvare assistenza infermi. Scrivere: M. Savini, via Marsala, 33 - Padova.

Medico-chirurgo, 21 anni di pratica professionale, versato in chirurgia, munito strumentario, cerca conveniente interinato, oppure altra occupazione. Scrivere: dott. N. Muglio, f. posta - Roma.

Medico giovane, pratica ospedaliera, ottimi attestati, cerca posto ospedale, casa salute, o interinato lungo tempo. Scrivere dott. Nastri Aragona, Amalfi (Salerno).

Diffide.

Nuove diffide: Roccolo dei Tassi (Piacenza), Morrovalle (Macerata), Porcia e consorzio Fanna-Cavasso-Nuovo-Arba (Udine), Piavon (Treviso).

Revoca di diffide: Pesaro, Castelfranco di Sotto (Firenze), Mazzoleni-Selino-Cepino (Bergamo).

Un collega venderebbe nuovissimi di occasione: un forcipe Tarnier per L. 150 e un un basiotribo Tarnier per L. 180 della casa Ietter.

Rivolgersi a Panfili, via S. Venanzio 37, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

È stata conferita la commenda della Corona d'Italia al dottor Baldi Achille, Capo Divisione del Servizio Sanitario delle FF. SS. Rallegramenti.

Medici dell'Amministrazione delle FF. SS. a cui il Ministero dell'Interno ha assegnato distinzioni onorifiche per l'opera da essi prestata in occasione del terremoto della Marsica del 1915:

Baldi dott. Achille, Roma, *Medaglia d'oro* — Blasi dott. Francesco, Napoli; Ciampolini prof. Arnolfo, Firenze; Diez prof. Salvatore, Roma; Dragotti dott. Giuseppe, Roma; Fabbri dott. Guglielmo, Roma; Faga dott. Aristide (alla memoria), Torino; Grossi dott. Luciano, Roma; Marzocchi dott. Marzio, Roma; Masi dott. Emilio, Roma; Pepe dott. Serafino, Napoli; Perli dott. Bernardino, Napoli; Porzio Vernino dott. Pietro, Torino; Recchi dott. Gino, Roma; Tata dott. Riccardo, Roma; Tesei dott. Emidio, Roma, *Medaglia d'argento* — Cogliati Dezza dott. Alessandro, Roma; Correra dott. F. Saverio, Napoli; De Nunno dott. Giuseppe, Napoli; Fasolis dott. Carlo (alla memoria), Torino; Gandini dott. Gustavo, Milano; Martirano dott. Francesco, Roma; Pagliano dott. Guido, Roma; Prosperi prof. Gino, Firenze; Senigaglia dott. Augusto, Roma; Teppati dott. Temistocle, Roma; Tognetti dott. Alfredo, Roma; Tomassi dott. Felice, Roma, *Medaglia di bronzo*.

Errata. — Nel fasc. 31, pag. 1064, deve leggersi: «Edoardo Perroncito», illustre patologo, zootecnico ed igienista, che, toccati i limiti di età, andrà a riposo. Per un *lapsus calami* venne scritto il nome del figlio Aldo.

Nel fasc. 28, pag. 962. «Sulla storia dell'encefalite letargica», deve leggersi XVI e non XIV secolo.

NOTIZIE DIVERSE.

Il XIII Congresso Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Come abbiamo annunziato, dal 29 settembre al 3 ottobre sarà tenuto a Castellammare di Stabia il XIII Congresso Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

L'organizzazione è affidata, oltre che alla «Associazione Medica Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica» (Sezione Italia Meridionale), ad un Comitato locale.

Insieme ai medici ed agli uomini di scienza converranno a questo Congresso tutti i rappresentanti insigni del mondo industriale, finanziario, sociale e politico, i quali molto giustamente si interessano allo sviluppo di ogni ramo della vita italiana, ben compreso quello nobilissimo, il quale, prendendo norma e indirizzo dalle scienze mediche, fisiche, biologiche, ha per iscopo il miglioramento organico dell'individuo, delle collettività e della stirpe.

È annunciato che aderiranno le maggiori organizzazioni aventi scopi affini a quelli della detta Associazione; così che si potranno discutere in comune i maggiori problemi ed i relativi programmi di azione per l'avvenire.

Per le relazioni sono stati prescelti i seguenti temi:

Acque solforose (relatore il prof. Marfori);

Fanghi, muffe ed acque madri (relatori i professori Gasperini e Pisani);

Ospizi marini e loro organizzazione (relatore il dott. Comisso).

Numerose ed interessanti comunicazioni sono già annunziate da parte degli Istituti Universitarii o di eminenti cultori della specialità.

Di tutto il lavoro compiuto nel Congresso è assicurata una fedele riproduzione in un volume di Atti, del quale ha preso formale impegno la Città di Castellammare (Amministrazione Comunale e Comitato Cittadino), d'accordo col Comitato Ordinatore del Congresso.

Sono assicurate le riduzioni ferroviarie, ed i congressisti avranno ogni possibile facilitazione nei riguardi del loro soggiorno a Castellammare.

Singolari attrattive saranno il varo di una nave da guerra nel R. Cantiere di Castellammare, che avverrà all'epoca del Congresso, una grandiosa festa popolare, e numerose gite nei meravigliosi dintorni.

L'Amministrazione Comunale ha stanziato una cospicua somma per concorrere alle spese del Congresso, e d'altra parte si è aperta una pubblica sottoscrizione che procede alacremente.

Il Congresso si scioglierà a Palermo, ove verrà inaugurato ufficialmente il nuovo «Comitato Siciliano» già costituitosi, in seguito al voto del Congresso di Perugia, sotto la presidenza del professore Giuffrè.

Le inscrizioni sono aperte anche ai non soci, purchè medici, o, se non medici, presentati da qualche socio, o da qualche collega conosciuto.

La quota di inscrizione è di L. 20 (venti), da indirizzarsi al segretario-economo generale del Comitato, comm. dott. E. Di Tommasi, via Egiziaca a Pizzofalcone, n. 87 - Napoli.

Congresso internazionale di Oftalmologia.

Dal 18 al 21 aprile 1922 è indetto a Washington un Congresso internazionale di Oftalmologia organizzato dalla Sezione Oftalmologica dell'Associazione Medica Americana, dalla Società Americana di Oftalmologia e dall'Accademia Americana per la Oftalmologia e l'Oto-Laringologia. Sarà presieduto da Edward Jackson. Come relatori non sono stati invitati oftalmologi della Germania e dell'Austria. Lingue ufficiali saranno l'inglese, il francese e lo spagnuolo.

La crisi ospedaliera di Milano.

Sotto la presidenza del prof. Minguzzi, si è adunato a Milano il Consiglio Ospedaliero per informare l'opinione pubblica sulla precisa condizione finanziaria in cui è costretta tutta l'opera d'assistenza presso gli ospedali cittadini e che minac-

cia la chiusura di quell'antico e nobile Ospedale Maggiore. All'adunanza hanno partecipato i rappresentanti dei giornali.

Il debito patrimoniale dell'Opera Pia ascende a 37 milioni contro 27 milioni di crediti verso i Comuni, del tutto inesigibili.

Al Presidente del Consiglio fu spedito un telegramma in cui si rileva che il convegno dei fornitori di oggetti e generi fondamentali per la vita dell'ospedale ha fissato un termine alle somministrazioni: ciò significa la chiusura forzata, se mancherà l'intervento pronto e largo del Governo; intanto ora sono circa tremila i degenti, fra cui parecchie centinaia di contagiosi. Si ricorda la domanda di un contributo provvisorio di 5 milioni, che serviranno per i bisogni più impellenti e permetteranno all'Opera Pia un respiro di circa due mesi; poi verrebbero chiesti 25 milioni agli Istituti di Credito, secondo il progetto esposto dallo stesso dott. Minguzzi, mutuo al quale le Provincie si sarebbero pronunciate favorevolmente, contraendo esse un debito pari a quello che i Comuni hanno verso l'ospedale.

All'Ospedale di S. Maria della Scala in Siena.

In occasione della riapertura al pubblico della artistica sala del «Pellegrinajo», ornata di pregevoli affreschi di Domenico Bartolo, di Priamo della Quercia e del Vecchietta, il grande ufficiale prof. Luigi Simonetta, presidente dell'Ospedale, ha tenuto, il 16 agosto p. p., un elevato discorso, alla presenza di S. E. Rosadi, sottosegretario alle Belle Arti, e di tutte le notabilità cittadine civili, militari ed ecclesiastiche.

Le spese per la riapertura della sala sono state munificamente sostenute dallo stesso Simonetta.

Questi tracciò le vicende dell'Ospedale e delle Cliniche di Siena, il cui incremento ha permesso lo sgombro definitivo dell'artistica sala.

Rispose con una smagliante improvvisazione l'onorevole Rosadi, che elogiò la magnifica iniziativa del Simonetta, disposante la carità al bello.

"Archivio di Patologia e Clinica Medica".

L'«Archivio di Patologia e Clinica Medica», che uscirà a Bologna coi tipi di L. Cappelli, sarà diretto dai due insigni maestri Luigi Zoia e Giacinto Viola; ne sarà redattore capo il dott. Francesco Schiassi. Si prefigge di raccogliere, il più largamente e sinteticamente possibile, quella parte del movimento scientifico delle discipline mediche, che più appare utile al progresso della medicina interna, come scienza applicata.

Il periodico verrà pubblicato in fascicoli senza data nè mole obbligata, ma in modo che 6 fascicoli formino un volume di non meno di 600 pagine. Sarà edito da L. Cappelli di Bologna (via Farini, 6). L'abbonamento annuo importa L. 60 per l'Italia, L. 75 per l'Estero.

Augurii cordialissimi al nuovo confratello.

Assistenti stranieri alla Facoltà medica Parigi.

La Facoltà medica di Parigi ha deciso d'istituire posti d'assistenti stranieri nelle sue cliniche. I medici che desiderano concorrere devono inoltrare domanda al preside della Facoltà, corredata da un elenco dei loro titoli e da una lettera di raccomandazione del Preside della loro Facoltà. I titoli dei candidati sono esaminati da una Commissione e sottoposti al giudizio del Consiglio di Facoltà. Avvenuta l'accettazione il candidato è nominato assistente di Clinica per un periodo che varia da tre mesi a un anno. Alla fine riceve un attestato firmato dal Rettore e registrato dal Ministero dell'I. P. Un altro vantaggio viene offerto ai medici stranieri da molti professori di clinica, che affidano loro le funzioni di «monitori», cioè li associano all'insegnamento. Ancora: il concorso o l'interinato negli ospedali è ora aperto anche ai medici stranieri.

Onoranze al prof. Lanzillotti-Buonsanti.

Un Comitato presieduto dal dott. cav. A. Carnevale-Miyno, presidente dell'Ordine dei Veterinari di Milano, organizza delle onoranze al prof. Nicola Lanzillotti-Buonsanti, che dopo aver diretto la Scuola di Medicina Veterinaria di Milano, lascia l'insegnamento per aver raggiunto i limiti di età. Al festeggiato verrà offerta una medaglia d'oro. I contributi sono da indirizzare alla Sede del Comitato, Milano, via L. Spallanzani, 26.

Congresso di Levatrici.

Nel mese di ottobre p. v. avrà luogo a Ferrara il X Congresso Nazionale delle Ostetriche, promosso dalla Federazione Italiana fra gli Ordini delle Ostetriche, presieduto dalla signora A. Costa Renzini. Il Congresso precedente aveva avuto luogo sette anni or sono a Venezia.

I gradi nel Corpo Sanitario Militare francese.

Secondo un progetto di legge presentato dall'on. E. Rognon e da altri deputati alla Camera francese, i gradi del «Corps de Santé» verrebbero equiparati a quelli delle armi combattenti, di modo che agli *aides-majors, majors, principaux* e *inspecteurs* subentrerebbero dei *lieutenants, capitaines, commandants, colonels* e *généraux* con la aggiunta del qualificativo di «médecin» come è in Italia.

Il progetto è stato suggerito dai gravi inconvenienti occasionali durante la guerra dalla mancanza di autorità militare nel personale del Corpo Sanitario.

Il provvedimento verrebbe esteso ai Servizi di Intendenza e ad altri Servizi.

Si è spento a circa 83 anni il prof. OSWALD SCHMIEDEBERG, il fondatore della moderna farmacologia, che egli insegnò per lunghi anni a Strasburgo, ove dette vita ad una scuola frequentata da studiosi di tutti i Paesi.

Il suo classico trattato di farmacologia, comparso la prima volta nel 1888, e di cui si sono susseguite numerose le edizioni, è un libro di poderosa originalità.

Con Naunyn e Klebs fondò nel 1873 l'«Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmacologie».

Tra le sue moltissime ricerche, ci limitiamo a

segnalare quelle sulla chimica e la farmacologia della digitale, sul ricambio del ferro, sull'azione diuretica della teofillina, sull'acido glicuronico quale prodotto intermedio del ricambio (in collaborazione con Meyer), sulla produzione di acido ippurico nel rene isolato (in collaborazione con Bunge), sulla produzione di urea dai sali d'ammonio, scoperta che lo condusse alla teoria dell'acidosi, le ricerche relative all'azione dell'atropina e della muscarina sul vago e della nicotina sul cuore, ecc., ecc.

Ha educato molti allievi di valore.

B.

La sera del 28 agosto, colto da improvviso malore, cessava di vivere presso Cisterna di Roma il dott. prof. CARLO PALLADINI, nato a Lucca il 1845. Professionista insigne, è stato per quarant'anni chirurgo primario all'Ospedale Civile di Spezia; scoppiata la guerra attuale, pur trovandosi da poco tempo a godere il meritato riposo, volle prestare la sua opera a pro dei nostri soldati e fu incaricato dalla C. R. I. a dirigere prima l'Ospedale territoriale di Montevarchi e poi quello di Pontassieve. Instancabile lavoratore, si è voluto dedicare alla faticosa lotta antimalarica, e da più di un anno dirigeva, con grande beneficio della popolazione sparsa per le paludi pontine, l'Ambulanza C. R. I. posta presso Cisterna, in una casa ceduta a questo scopo dalla Casa Caetani alla C. R. I.

Alla famiglia, che non ha potuto avere il conforto di rivederlo, vadano le nostre più vive condoglianze per la perdita del loro congiunto, che è stato grande esempio di apostolato dell'arte medica a pro dei sofferenti.

G. DE ANGELIS.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

La Pediatria, 15 luglio. — O. COZZOLINO. La contagiosità della tbc. polm. nei primi anni di vita.

Presse médicale, 27 luglio. — P. LE NOIR, C. RICHET, A. JACQUELIN. Indicazioni e controindicazioni operatorie nell'ulcera gastrica.

Studium, 20 luglio. — O. NUNZI. Le anomalie polmonari nell'infanzia. — D. ISOLA. Le reazioni di Ehrlich e Moritz-Weiss nelle neuropatie luetiche.

Riforma medica, 23 luglio. — C. BRUNI. Sull'ematuria.

Journal Americ. med. Assoc., 9 luglio. — J. S. MCLESTER. Metodi di cura della nefrite cronica senza edema.

Gazette des Hôpitaux, 23 luglio. — P. BROCQ, A. MONCHET, R. MADURO. Studio sulle arterie coronarie del cuore.

Société méd. d. Hôpitaux, 22 luglio. — LOEPER, DEBRAY e FORESTIER. Ripercussioni nervose delle dispepsie: la funzione del pneumogastrico.

Le Scalpel, 30 luglio. — RENAULD-CAPART. Terapia fisiologica della tubercolosi polmonare.

Münch. Mediz. Woch., 29 luglio. — HÜGELMANN. Il cambiamento di posizione degli organi come sussidio diagnostico.

Annali di Ostetricia e Ginecologia, 30 giugno. — S. PATELLANI. La genubliparità umana.

Archives des mal. du cœur, ecc., giugno. JANOWSKI. Localizzazione nel tempo e denominazione razionale dei rumori e soffi cardiaci. — GALLAVARDIN. L'edema polmonare acuto nelle cardiopatie valvolari.

Id., luglio. — YACOEL. Classificazione delle tachicardie parossistiche.

Revue méd. de la Suisse Romande, luglio. — H. VULLIET. Affezioni dell'anca e di altre epifisi nel bambino.

Indice alfabetico per materie.

ANNO XXVIII — Roma, 26 Settembre 1921 — Fasc. 39

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. OSPEDALE CIVILE DI MODIGLIANA

Sifilide epatica.

Contributo alla diagnosi differenziale dei tumori addominali

per il dottor RICCARDO CARNELLI
chirurgo primario, direttore.

Il grosso fegato sifilitico dal punto di vista chirurgico può dar luogo a diversi errori diagnostici.

Senza occuparsi delle forme mediche della sifilide epatica come per es. il *grosso fegato regolare* associato alla *splenomegalia*, la *cirrosi sifilitica* con ittero, la *sifilide epatica* con ascite, il fegato affetto da sifilide terziaria si manifesta talora con tumori localizzati e circoscritti che simulano spesso il *carcinoma* o il *sarcoma del fegato*, la *ciste idatidea*, la *colecistite* o i *tumori della cistifellea* o quelli *renali* senza contare che, se la neoformazione si accompagna ad altre manifestazioni sifilitiche di altri apparati organici, possono, ad un esame superficiale, venire in giuoco numerosissime ipotesi e talora le più strampalate diagnosi.

Esistono anche casi in cui la risorsa diagnostica della sifilide: *la reazione di Wassermann*, può resultare negativa benchè la sifilide esista ed in altri casi in cui la diagnosi rimane dubbia perfino colla ispezione laparotomica, come afferma Lejars.

Un caso capitato sotto mia osservazione e che è motivo di questa mia nota clinica, indusse in errore, in una prima visita, altri numerosi e valenti colleghi che, come me, ebbero la sorte di visitare il paziente che, è doveroso subito dichiarare, non era persona molto intelligente e mal si prestava, con un interrogatorio, per quelle rievocazioni anamnestiche e per tutte quelle sottigliezze d'indagine storica che talvolta da sole, quando non si abbia a disposizione un laboratorio, servono al medico, nella formulazione della sua diagnosi, più d'un'analisi.

L'interesse del caso è tutto nella diagnosi differenziale; diagnosi che, per circostanze inerenti al decorso della malattia e alle sue ulteriori manifestazioni, si è dovuta svolgere in due tempi.

* * *

Nel luglio 1919, certo B. G., d'anni 22, da Modigliana, si presenta, a me, per una visita.

Costui è individuo dall'aspetto sofferente; pallido, denutrito, preoccupato per un grosso tumore addominale in corrispondenza del fegato e per il quale crede di aver urgente bisogno d'un intervento chirurgico. È nato da

parto fisiologico: ebbe dentizione e deambulazione normali e, per quanto insistessi, non potei sapere che egli avesse mai sofferto di malattie precedenti degne di nota.

Esclude categoricamente un'infezione blenorragica o sifilitica. Ha vissuto sempre in zona non malarica. Non è stato mai strenuo bevitore e mai ha posseduto od è vissuto in dimestichezza con cani. Non ha prestato servizio militare perchè fu riformato, secondo quanto il suo foglio di riforma asserisce. Niente riesco a sapere circa l'anamnesi ereditaria.

Non sa quali cause attribuire alla sua malattia presente; solo, dice, che essa è comparsa (il tumore) a poco, a poco, da circa due anni, senza dolore, senza febbre, soltanto recandogli una gran debolezza e perdita dell'appetito e qualche lieve disturbo gastro-enterico.

Non accusa sintomi speciali da parte della testa (vertigini, cofosi, dolori localizzati, ecc.); niente da parte del torace; non palpitazione di cuore o tosse o dolori. Tutta la sua attenzione e preoccupazione sono rivolte al tumore addominale.

Stato presente. — Temperatura 36.4. Polso 70. Respiri 18 al minuto. Statura metri 1.75. Costituzione scheletrica, al momento della prima visita, regolare. Capillizio folto e nero. Occhi neri; padiglione auricolare, regolare; naso lievemente deformato per incurvamento laterale delle ossa nasali e con narici ampie. Guancie scarne e pallide. Lingua pallida non patinosa. Palato molle e faringe pallidi. Dentatura rada ma conservata. Il collo è di forma e dimensioni normali; non esistono pulsazioni, nè soffi anormali ai grossi vasi del collo (carotidi o giugulari). Ghiandola tiroide normale. Voce bassa ma chiara.

La forma del torace è anormale unilateralmente a destra ed in basso per la presenza del tumore che prende origine dal fegato. La circonferenza di esso, direttamente misurata sotto i capezzoli è nell'espirazione massima di 81.5 cm.; il diametro sterno-vertebrale dal manubrio dello sterno all'apofisi spinosa della vertebra di fronte è di 16 cm., mentre lo stesso diametro all'estremità inferiore del corpo dello sterno è di cm. 22 cioè superiore alla norma. Lo sterno tende quindi a sollevarsi, in basso. Alla percussione e ascoltazione dell'ambito polmonare non si rilevano fatti apprezzabili degni di nota; niente rantoli, nè soffi, nè sfregamenti pleurici.

La frequenza del polso è regolare: 68 battute, è pieno, sincrono all'ictus, ritmico.

L'area cardiaca e ascoltazione del cuore si dimostrano normali.

All'*addome* notasi subito un grosso tumore della grandezza d'una grossa arancia, di forma rotondeggiante, a superficie liscia, in corrispondenza della regione epatica, indolente alla pressione e resistente. Colla palpazione non rilevansi segni di fremito o di sfregamento, nè soffi o rumori coll'ascoltazione. Il fegato risulta ingrandito, debordante dall'arco costale per circa 4 dita trasverse ed il tumore forma evidentemente un tutto con esso, ciò che apparisce nelle escursioni respiratorie. La milza è pure ingrossata e nodosa.

Il resto dell'addome, all'indagine clinica, si presenta normale, solo, a livello degli inguini, si notano alcuni gangli lievemente ipertrofici.

L'esame clinico delle ossa e delle grandi articolazioni, a questo primo esame, non fa rilevare niente. Negativo è pure l'esame dei genitali.

Si pratica un esame dell'urina ed un esame microscopico del sangue. Si hanno i seguenti reperti:

Esame delle urine. — Quantità totale centimetri cubi 1580 - Densità 1021 - Reazione acida - Colore giallo-ambra limpido - Urea grammi 22 ‰ - Cloruri 8.23 ‰ - Fosfati 0.313 ‰ Solfati 2.05 ‰ - Pigmenti biliari: assenti. Pigmento ematico: assente. Glucosio: assente. Albumina: assente. Indacano: lievi traccie. Diazoreazione di Erlich: negativa. Esame del sedimento: niente di anormale.

Esame microscopico del sangue. — Globuli rossi, normali per forma e dimensioni, leggermente pallidi con prevalenza della disposizione a pila.

Conteggio degli elementi: globuli rossi 4 milioni e 200,000 per mmc.; globuli bianchi 9340 per mmc.

Rapporto fra globuli bianchi e rossi 1:426.
Emoglobina 70 (Emometro di Fleisch).
Valore globulare 0.83.

Formula leucocitaria. — Polinucleati neutrofili 61; polinucleati eosinofili 3; mononucleati grandi 10; mononucleati medi e piccoli 25; forme di passaggio 1; Totale 100.

***

Di fronte a tali indagini la diagnosi poteva propendere per la forma neoplastica o parassitaria (sarcoma o cisti da echinococco del fegato) o leucemica o pseudoleucemica per quanto la ricerca del sangue fosse negativa.

Non si poteva pensare, dato l'esame dell'urina e l'assenza d'ogni altra sofferenza precedente nel paziente ad una colecistite o ad un tumore della cistifellea o ad uno *renale*, poichè non si erano mai manifestati segni di ematuria o di minzione dolorosa od altri sintomi obiettivi o subiettivi da lasciar supporre un'affezione di quest'organo.

Fummo così tutti indotti nel ritenere il paziente, dato anche il suo stato semicachettico e l'esclusione assoluta che egli faceva di non aver mai contratto alcuna malattia venerea, affetto da sarcoma del fegato come il tumore più probabile a verificarsi in un soggetto giovane e nel tessuto vaso-connettivale d'una ghiandola quale è il fegato.

Escludemmo l'ipotesi d'una *ciste d'echinococco* perchè, per quanto da un esame superficiale vi potessimo essere indotti dalla forma sferica del tumore, dalla sua superficie liscia, mancava l'elasticità, la fluttuazione e sopratutto il fremito idatideo e dato il suo volume, anche la possibile presenza d'un ittero, per quanto ambedue questi sintomi possano mancare e non siano esclusivi dell'echinococco del fegato, potendosi il fremito non verificarsi per la tensione in cui può trovarsi la parete cistica, oppure aversi anche in casi di idronefrosi, nell'ascite e persino nel cisto-sarcoma del fegato. L'ittero, d'altra parte, è raro nell'echinococco che si sviluppa del tutto gradatamente e che permette ai condotti biliari un adattamento alla compressione e nel nostro adattamento alla compressione e, nel nostro caso, l'assenza di questo insieme a quella dei

sintomi accennati fu, per allora, ragione evidente per escludere definitivamente l'echinococco. Vedremo in seguito come tale esclusione fosse confermata dalla intradermoreazione del Casoni.

Data quindi la diagnosi, per noi più probabile, di sarcoma, la prognosi fu evidentemente infausta. Senonchè, circa un anno dopo, nell'aprile del 1920, il paziente torna a farsi visitare accompagnato dal padre e non poca fu la nostra meraviglia nel rivederlo ancora in vita.

Sottoposto ad una visita più accurata notammo qualcosa di più.

A livello della spalla destra esiste una piaga che il paziente non sa precisare come siasi prodotta e che per quanto egli abbia fatto non è riuscito a guarire. (Vedi fotogr., fig. 1).

La piaga è rotondeggiante a margini lievemente frastagliati, a fondo roseo-pallido, con granulazioni torbide, grigio-sporche, in alcuni punti d'aspetto lardaceo. Essa ricopre quasi tutta la superficie anteriore e superiore della spalla. Ha un diametro massimo di circa 13 centimetri; esiste da tre mesi.

Notammo inoltre la comparsa di focolai ossei multipli agli avambracci; alle braccia, alle tibie ed alla fronte in forma di iperostosi o d'infiltrazioni circoscritte lungo le diafisi, dolenti di per se stesse e alla pressione. Contemporaneamente il tumore epatico era ancora lievemente ingrossato.

Osservando il padre che accompagnava il paziente, potei raccogliere qualche altro dato anamnestico importante sì da entrare in un nuovo concetto diagnostico, che portò alla vera diagnosi etiologica della malattia.

Il padre presentava un occhio (il destro) affetto da un processo di panottalmite che, da quanto potei sapere, ricollegai ad una corioretinite sifilitica da lui trascurata. Seppi infatti, ch'egli e sua moglie, circa 30 anni innanzi, prima di aver quel figlio, oggetto del nostro studio, furono affetti da un'eruzione cutanea consistente in « larghe macchie rosse » per la quale fu loro prescritto da un collega, una cura a base di frizioni, probabilmente mercuriali, in seguito alle quali l'eruzione guarì in pochi giorni senza, secondo essi, risentirne alcun danno. Poco dopo il padre s'ammalò dell'occhio, perdendo ad un tratto la vista, ma senza avvertire nessuna sofferenza, finchè l'occhio si ridusse nello stato in cui è attualmente, cioè coperto da un panno e da granulazioni grigio-sporche che ne alterano tutto l'aspetto normale.

Queste notizie anamnestiche bastarono perchè finalmente luce fosse fatta e volli subito praticare una prova sul figlio, facendogli fare delle frizioni mercuriali alternate alle coscie ed alle braccia a giorni alterni, invitandolo per altro a farsi rivedere.

Dopo pochi giorni il tumore epatico era diminuito ed allora, interessandomi sempre più il caso e premendomi sopratutto di decidere se veramente fossimo di fronte ad una forma luetica ereditaria od eventualmente a qualche altra analoga forma di origine sanguigna, invitai l'ammalato a sottoporsi ad alcune nuove indagini diagnostiche.

Fu anzitutto praticata l'intradermoreazione del Casoni per la diagnosi d'echinococco, per quanto fossimo già persuasi che tale affezione era da scartarsi. E la prova fu negativa.

La cutireazione tubercolinica fu pure negativa. Un nuovo esame del sangue fatto anche da un campione estratto, mediante puntura, dalla milza, diede risultato negativo ed anzi dimostrò leucopenia.

Un nuovo esame delle urine, nel quale mi proposi di ricercare specialmente la presenza dell'eteroalbumose, o propeptone di Brücke od albumosa di Bence-Jones, fu negativo, perchè, trattata l'urina a freddo con acido nitrico, non

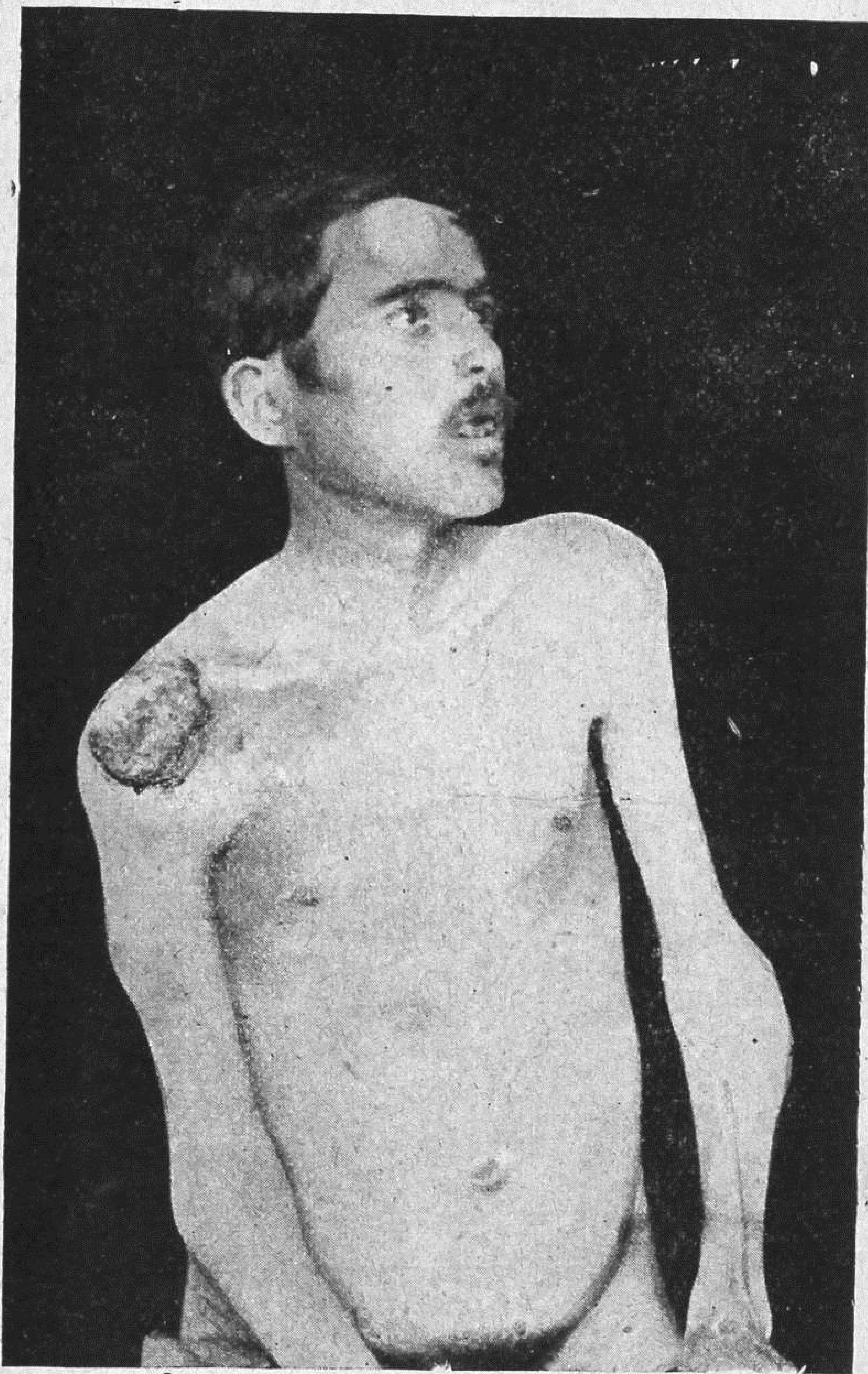


Fig. 1.

si ottenne precipitato e neppure si ottenne aggiungendo ad un volume d'urina altrettanta soluzione satura di cloruro di sodio e poscia acido acetico. Eravamo dunque certi che l'albumosuria non c'era.

Eseguita sul malato una radiografia della tibia destra questa dimostrò che nei focolai ossei non trattavasi di lesioni primitive midollari con reazione secondaria degli altri elementi, ma bensì di una panosteite certamente luetica. (Vedi radiografia, fig. 2).

Finalmente praticata la sieroreazione di Wassermann, essa fu marcatamente positiva, avendosi una inibizione completa.

La diagnosi clinica ed etiologica supposta colla indagine anamnestica rivelata *ex juvantibus*, fu confermata dall'indagine di laboratorio ed oggi il nostro paziente, sottoposto ad

una cura antiluetica intensa, mediante iniezioni di enesolo, è andato molto migliorando per quanto la nostra speranza, per una guarigione completa, sia tutt'altro che lusinghiera.

***

Dall'esposizione del caso apparentemente banale per chi possiede mezzi d'indagine e laboratorî clinici, risulta evidente invece quanto

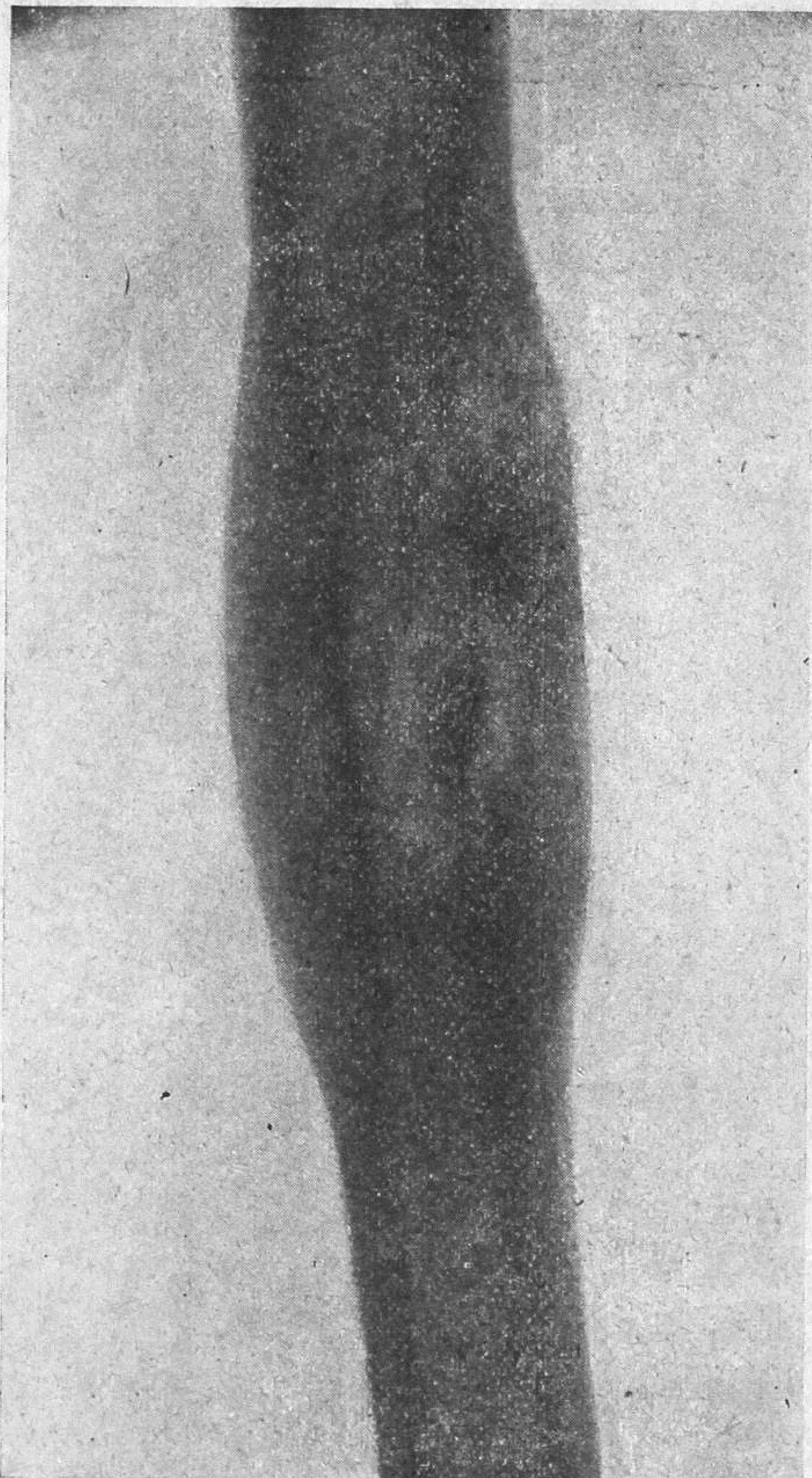


Fig. 2.

sia, quasi sempre, inevitabile la confusione nella diagnosi di alcuni tumori addominali per chi, pure avendo vasta cultura scientifica, e mente adatta e facile alla critica diagnostica, sia chiamato al letto d'un ammalato, senza altra risorsa all'infuori della propria memoria, onde è che sempre e sistematicamente, di fronte a simili casi, bisogna pensare alla sifilide facendo contemporaneamente tesoro di tutti quei mezzi diagnostici che oggi possediamo per accertarla, prima di emettere un giudizio; mezzi diagnostici che, secondo me, rappresentano la carta reattiva per saggiare la nostra sapienza.

Lejars, in una sua lezione clinica tenuta nell'Ospedale di Saint-Antoine a Parigi (*Sém. Médic.*, 11 marzo 1914), passò già in rassegna gli errori personali spesso commessi in compagnia di medici nella diagnosi di tumori del fegato e dimostrò come, anche nei particolari, la sifilide del fegato possa simulare le affezioni più sopra acennate, per cui il nostro caso è tanto più interessante inquantochè, studiato nei suoi più minuti particolari, offre tante altre considerazioni importanti per le manifestazioni scheletriche constatate in secondo tempo, delle quali, nei casi del Lejars, non è fatto cenno.

Dissi già che la diagnosi differenziale di questo caso poteva, in un primo tempo (quando vi erano solo le manifestazioni epatiche e spleniche), propendere per la forma neoplastica o parassitaria (carcinoma, sarcoma o ciste da echinococco), o leucemia o pseudoleucemia, ma non accennammo che brevemente alle ragioni che ci fecero escludere specialmente quest'ultima forma in favore di un sarcoma.

In un secondo tempo, comparendo le manifestazioni cutanee e quelle multiple delle ossa la diagnosi poteva rimanere ancora indecisa tra la leucemia, il mieloma, il sarcoma metastatico ed infine la sifilide.

E ammessa la sifilide è possibile, clinicamente stabilire in modo preciso di qual forma di sifilide si tratti? È, cioè, una sifilide acquisita, nella sua fase terziaria, oppure una banale forma di sifilide congenita?

Senza tener conto delle dichiarazioni del padre, che assicura di aver avuto un tal figlio dopo che, in lui, si manifestò quella malattia cutanea, più avanti citata e che ormai abbiamo ritenuto certamente per una manifestazione sifilitica, la patologia c'insegna che le tumefazioni ossee dolenti, in cui abitualmente non esistono segni di suppurazione o di necrosi estesa, sono i principali caratteri delle lesioni ossee, sifilitiche, terziarie.

In quanto poi alla manifestazione primitiva epatica sappiamo che Cardarelli (*Archives génér. de Méd.*, 1889, pag. 183) afferma che « la « sifilide rimasta latente, senza aver mai dato « luogo ad accidenti di sifilide costituzionale « può farsi palese, la prima volta, nel fegato, « avvenendo talvolta che contemporaneamente « o poco dopo che la sifilide si è manifestata « nel fegato, appariscano anche gli altri fe- « nomeni ad essa spettanti » come è avvenuto nel nostro caso.

D'altronde la sifilide epatica è più frequente nell'adulto che nei giovani e nei maschi più

che nelle femmine ed è specialmente favorita ed affrettata nella comparsa dai traumi sulla regione epatica, dall'alcoolismo, dall'influenza malarica. Inoltre i soggetti che, come il nostro, non curarono affatto la loro sifilide, non di rado, per ciò che ad essi passò del tutto inosservata o perchè la ignoravano, sogliono presentare con grande prevalenza le manifestazioni della sifilide terziaria la quale mostra maggior frequenza e precocità di comparsa nell'adulto e nel sesso maschile. Perchè poi la sifilide epatica prevalga sulle altre manifestazioni viscerali è difficile stabilirlo ed anche Fournier, su 3429 casi di manifestazioni terziarie di sifilide, riscontrò la sifilide epatica 9 volte.

La cirrosi del fegato dimostrabile dall'ingrossamento di esso che deborda 4 dita trasverse dall'arco costale e l'aumento di volume della milza grossa e nodosa (sindrome di Banti) sono lesioni concomitanti che rappresentano una conseguenza diretta del celticismo terziario e specialmente di quello ereditario.

Il nostro paziente esclude infatti categoricamente di aver mai contratta una infezione celtica e d'altronde egli, prima d'ora (a 22 anni), non ricorda di aver sofferto alcun'altra malattia degna di nota, per cui dobbiamo ritenere per certo, che nel caso suo trattisi d'una sifilide terziaria congenita e certamente non della banale forma di sifilide congenita che si manifesta con fatti di osteocondrite, di periostite ossificante, ecc., ma piuttosto di una di quelle forme che vanno sotto il nome di « lues congenita tarda », le quali sono innegabili (Forgue) e sono state osservate in maniera autentica sino all'età di 28 anni, con un massimo di frequenza fra il 6° ed il 12° anno e che danno preferibilmente manifestazioni scheletriche, più spesso solitarie, talora molteplici, come nel caso attuale.

Le manifestazioni ossee degli omeri e della tibia, esclusa qualsiasi altra ipotesi clinica, avrebbero potuto far pensare anche ad un'osteite fibrosa di Recklingausen, dappoichè le forme solitarie di sifilide hanno molti punti di rassomiglianza con essa e coll'osteite deformante del Paget, malattie sulla cui etiologia ancora si discute, non essendo alcuna delle teorie etiologiche (traumatica, reumatica, trofoneurotica, arteriosclerotica) generalmente accetta, nè avendo le autopsie confermata l'idea che la malattia possa dipendere da disturbi funzionali della tiroide, delle ghiandole surrenali o dell'ipofisi, tanto più che alcuni autori, come Lannelongue (*Le Bullet. Méd.*, 1903, n. 15, « Siphilis osseuse héréditaire tardive »), sono favorevoli all'origine dalla sifilide ereditaria.

Ma nell'osteite deformante del Paget il tessuto osseo diventa molle e poroso per l'ingrandirsi dei canali Haversiani e raramente si frattura; il canale midollare si presenta rarefatto; la superficie delle ossa lunghe è mammellonata; le prominenze ossee normali, esagerate. Le diafisi delle ossa lunghe diventano uniformemente voluminose per lo sviluppo eccessivo della sostanza ossea compatta verso la superficie esterna, mentre verso il canale midollare la sostanza ossea si rarefà.

Nel nostro caso, invece, la radiografia della tibia destra dimostrò che nei focolai ossei non trattasi di lesioni primitive midollari con reazione secondaria degli altri elementi, ma di una panosteite in cui le lesioni vanno progredendo dalla periferia dove si abbozza un lavorio di limitazione fibrosa, sino al centro dove si fa la caseificazione. Inoltre l'immagine radiografica della tibia (l'osso rivelatore della lues, secondo Fournier) dimostra che l'infiltrazione diffusa dà alla diafisi un volume doppio o triplo del naturale e limitato al 3° medio e che dà la caratteristica forma di clava o fuso. Non sarebbe stato possibile, di fronte a queste alterazioni ossee, pensare ad un'osteomielite subacuta od osteomielite insidiosa di Trélat e sopratutto ad una forma di quelle osteomieliti croniche fin dal loro inizio e che facilmente possono condurre in errore prima del periodo di suppurazione e di fluttuazione perchè, per quanto l'evoluzione di queste affezioni sia torpida, esistono sempre, negli ammalati, antecedenti scrofolosi e adenopatie che costituiscono elementi importanti per la diagnosi di natura, ciò che nel nostro caso è già escluso dall'anamnesi.

Passando all'argomento dei tumori si può ventilare anzitutto la diagnosi di tumore mielogeno multiplo primitivo del midollo osseo o myeloma. A questa categoria appartengono il mieloma tipico e mielocitoma, tumore esclusivamente costituito da mielociti o mieloblasti.

Vediamo se il nostro caso presentava obiettivamente i criteri clinici per giustificare la diagnosi di mieloma multiplo o sindrome di Kahler.

I primi che descrissero questa singolare sindrome morbosa furono Kahler e Bozzolo, i quali constatarono che la malattia era costituita da tumori molteplici che invadevano le ossa del tronco, cassa toracica, costole, colonna vertebrale, con dolori spontanei vivissimi in corrispondenza delle ossa colpite, con frattura spontanea delle medesime ed infine colla presenza, nelle urine, di una speciale proteina che si rileva colla reazione del propeptone, l'albumosa o corpo di Bence-Jones che noi ab-

biamo ricercato insistentemente, come abbiamo già detto, con esito negativo. per quanto si sappia che la presenza dell'albumosa non sia esclusiva del morbo di Kakler, ma la si rinvenga in molte altre contingenze patologiche e che solo, insieme cogli altri sintomi, ha valore nella diagnosi di mieloma multiplo. Ma, nel nostro caso, le manifestazioni ossee, se non ci sfuggirono al primo esame dell'ammalato, si sono verificate secondariamente alla manifestazione epato-splenica per cui, contrariamente a quanto insegna la patologia, il fegato e la milza ingranditi e nodosi, che rappresentano le due grosse ghiandole più suscettibili ad una invasione metastatica infettiva, in questo caso, sarebbero da considerarsi quasi come manifestazioni primitive alle quali fossero secondariamente seguite quelle ossee.

Inoltre il mieloma multiplo non si presenta come un tumore vero e proprio, ma bensì a guisa di rialzi periostei, senza limiti determinati e non coll'apparenza di bozze neoplastiche o di vere iperostosi, come apparivano nel nostro caso, quelle del radio e della tibia, vero osso rivelatore della sifilide terziaria; nè, infine, queste manifestazioni ossee corrispondono, come abbiam visto, a quelle ossa che generalmente colpisce il morbo di Kahler: esso predilige le ossa spugnose a quelle tubulari, onde per tutte queste ragioni non sarebbe stato possibile pensare ad una diagnosi di mieloma multiplo.

Avremmo potuto pensare anche al plasmocitoma o tumore multiplo costituito da plasmazellen, come nei casi citati da Hoffmann, Aschoff, ecc., sebbene qualche caso sia stato contestato per la presenza appunto di metastasi nel fegato.

Infine potevamo pensare ai tumori mieloidi multipli costituiti da vero tessuto linfoide, veri linfocitomi. Ma qui entriamo nel pelago delle forme leucemiche ed aleucemiche o pseudoleucemiche, cioè passiamo dal campo dei tumori maligni in quello delle malattie sistematiche parenchimali di natura iperplastica, ad etiologia ignota, dell'apparato linfatico-emopoietico, cioè in quelle malattie che non s'iniziano localizzate come i tumori veri e propri che si propagano a distanza per metastasi, ma, fin da principio l'alterazione è generalizzata (almeno in potenza) sistematicamente a tutto il tessuto.

Questi linfocitomi possono infatti invadere le parti circostanti (pelle, muscoli, organi interni, ecc.), dando tutta l'apparenza delle manifestazioni presentate dal nostro caso: sono dei veri linfosarcomi.

Del resto, è notorio, come Banti, Ziegler, Ribbert sostengono la natura neoplastica della leucemia considerandola come una sarcomatosi, cosicchè gli infiltrati leucemici del fegato, milza ed ossa, sarebbero da considerarsi, secondo loro, come metastasi.

La forma pseudo-leucemica, poi, non si differenzia quasi dalla leucemica perchè è anch'essa una malattia sistematica, analoga anatomicamente all'altra e differenziabile soltanto per un segno clinico: il reperto del sangue. E vi sono poi forme di passaggio e persino nella leucemia si hanno talora stadi precoci aleucemici, cosicchè non è molto netta la distinzione. Ma nel nostro caso è appunto il reperto del sangue che ci fa subito escludere una di queste forme per cui è inutile indugiarsi su questi argomenti già triti e ritriti, per quanto ancora così poco noti.

Un fatto, piuttosto, d'interesse pratico presentato dal nostro paziente, è quello della positività della reazione di Wassermann a trattamento specifico intrapreso. Il nostro paziente aveva già fatte 7 od 8 frizioni mercuriali e qualche iniezione di calomelano quando ci decidemmo a praticare la reazione di Wassermann che riuscì positiva, per quanto sappiamo che i trattamenti specifici hanno un'azione manifesta sui risultati di essa, sia per quanto riguarda le cure con preparati mercuriali, sia per quanto riguarda le cure con preparati arsenicali organici.

Come spiegarsi questo fatto? Alcuni autori chiamano questo fatto « la fase provocatoria del trattamento », fase, durante la quale la reazione si accentua o si manifesta per le prime applicazioni di cure specifiche per poi sparire frequentemente e successivamente.

Infatti Buschke, Harder, Donath avrebbero notato che con piccole dosi di Hg si può in primo tempo fare accentuare o comparire una R + + + e ciò per viemmeglio fare la diagnosi.

È il fenomeno della reazione provocatoria, paragonabile alle fasi negative di altre cure preventive specifiche e che corrisponde all'asserzione di Micheli e Guarelli (vedi *La Clinica Medica Italiana*, pag. 551 e 552, vol. annata 1910) rispetto al preparato di Ehrlich-Hata. « La reazione di Wassermann va diventando « col trattamento da R + + +, R + +, R + fino « a diventare R ± e R ±, R — ».

Anche Blumenthal e Roscher in tre casi videro la reazione di Wassermann positiva nonostante un trattamento precoce ed intensivo. Nel nostro caso, anzi, il comportamento della Wassermann, trattandosi di un caso di sifilide congenita tardiva, avrebbe dovuto proba-

bilmente essere negativo, secondo quanto c'insegna l'esperienza dei risultati della sieroreazione in simili casi, per cui dobbiamo ritenere che la positività a trattamento intrapreso stia quasi a dimostrare l'intensità dell'infezione e suggerisca le modalità della cura più o meno intensa.

CONCLUSIONI.

Dall'esposizione di questo caso, che per noi è sembrato interessante, si possono desumere queste conclusioni pratiche:

I. In ogni caso di tumore addominale bisogna sempre pensare alla possibilità di una sifilide e perciò si deve andare molto guardinghi nell'operare.

II. Ogni ipotesi diagnostica che possa affacciarsi alla mente oltrechè dalla critica è bene sia convalidata dalle ricerche di laboratorio.

III. Non potersi tuttavia escludere che esista contemporaneamente una sifilide epatica impiantata sopra un fegato patologicamente in altra guisa alterato.

IV. Che è possibile svelare, se non accertare, una sifilide, *ex iuvantibus*, anche quando si manchi della possibilità di poter eseguire una Wassermann.

LIBRI E GIORNALI CONSULTATI.

1. D'OTTOLIA. *Considerazioni sopra un caso di morbo di Recklingausen* in « Riforma medica », n. 45, 1908.
2. KIRMISSON. *A proposito d'un'osteite sifilitica della Tibia.* La Clinique, n. 24, 1912.
3. FASANO MARIO. *Contributo alla conoscenza di alcune rare forme di osteomielite.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 35, 1913.
4. GATTI GIACINTO. *Osteomieliti croniche da piogeni.* Giornale internazionale delle Scienze Mediche, n. 10, 1913.
5. DIALTI. Archivio per le Scienze Mediche, vol. VI, 34, n. 3, 1910.
6. LANNELONGUE. Le Bulletin Médicale, 1903, n. 15. *Syphilis osseuse héréditaire tardive.*
7. SPILLMANN. *Syphilis osseuse.* Paris, Steinheil, 1909.
8. HERXHEIMER. *Erzeburge der allgem Pathologie.* v. Lubarsch. Osteolog., XII, 1908.
9. PFEIFFER. *Ueber d. osteitis fibrosa,* in Beiträge zur Klinische Chirurg., 53, 1907.
10. HOFFMANN. Ziegler's Beiträge, 35, 1904.
11. JELLINEK. Wirchow's Archiv, 177, 1905.
12. KAHLER. Wiener medizinische Presse, 1889.
13. v. DOMARUS. Folia haematologica, VI, H. 4, 1908.
14. BARBACCI. *I tumori.*
15. FINCKH. *Säbelscheidenform der tibia bei Syphilis hereditaria tarda.* v. Brun's. Beitr. z. Klin. Chir., Bd. 44, S. 709.
16. BERTEIN. *Forme fruste del morbo di Reklinghausen,* in Gazette des Hôpitaux, 18 novembre 1914.
17. LEJARS. La Semaine médicale, 11 marzo 1914.
18. AXHAUSEN. Berl. Klin. Woch., n. 51, 1913: *Sifilide delle ossa e delle articolazioni.*
19. G. THOMPSON. Medical Record, 1913, n. 19: *Osteite deformante o morbo di Paget.*
20. SEQUEIRA. *Le manifestazioni tardive dell'eredosifilide,* in The Lancet, 3 gennaio 1914.
21. ROGGS. *Proteinuria* di Bence-Jones. The American Journ. of the Med. Sciences, dicembre 1913.
22. GROVER. *Mielomi multipli.* Annals of Surgery, febbraio 1913.
23. E. GIROU. Journal des Praticiens, 1905, n. 49. *Syphilis osseuse héréditaire.*
24. E. STEINITZ. Medizinische Klinik, 1912, n. 45. *Sulla tecnica della reazione di Wassermann nella medicina interna.*
25. NICOLAS e CHARLET. Annal. de Dermat. e de Syphilogr., t. III, n. 11, 1912. *Variazioni della reazione di Wassermann durante la cura della sifilide.*
26. FORGUE. Trattato di Patologia speciale chirurgica.
27. *Il Policlinico,* Sezione Pratica, anni 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920.

RIVISTE SINTETICHE.

Sulla sieroterapia antidifterica.

Prof. A. MONTEFUSCO.

Un'èra nuova per la terapia della difterite parve schiudersi in seguito alla memorabile scoperta di Behring e Kitasato, dalla quale ebbe origine la sieroterapia antidifterica.

La via di somministrazione del siero antidifterico ancora oggi più comunemente seguita è quella sottocutanea, sia perchè la tecnica ne è facile e semplice, sia perchè sembra accertato che il siero per questa via svolga ugualmente come per le altre la sua azione curativa, sia perchè per questa via si possono introdurre forti dosi di siero e più volte, secondo il bisogno. L'iniezione può praticarsi in qualsiasi regione del corpo, evitando le parti sulle quali l'infermo giace e quelle ove decorrono dei tendini superficialmente. L'iniezione sottocutanea si pratica con una comune siringa ipodermica, della capacità di 10-20 cc., adoperando le solite cautele.

Morgenroth, Rolleston, Netter ed altri preferiscono le iniezioni intramuscolari, le quali darebbero un risultato più rapido. Questo metodo, quantunque non sia molto diffuso presso di noi, può tuttavia adoperarsi con fiducia, essendo anch'esso di facile tecnica e privo di inconvenienti.

Non può dirsi lo stesso della via endovenosa. Molti ammettono che l'efficacia delle iniezioni intravenose di siero antidifterico sia di molto superiore a quella delle iniezioni sottocuta-

nee, ma altri clinici sono dell'opinione contraria ed altri ancora ritengono che le iniezioni intramuscolari sieno superiori alle iniezioni endovenose. Ma, a parte l'incertezza dei risultati, la via endovenosa non può consigliarsi nella pratica, perchè spesso nei bambini non si riesce a penetrare direttamente nella vena a cute integra.

Egualmente poco pratica e per nulla superiore alla iniezione sottocutanea è la sieroterapia endorachidea; pericolose e di molto discutibile valore sono le iniezioni intrapulmonari di siero antidifterico, proposte da Modigliani per combattere la bronco-polmonite difterica; del tutto inutile è la somministrazione del siero per via gastrica e rettale.

Sui bacilli difterici il siero non spiega alcuna influenza, poichè il siero antidifterico ha solo potere antitossico, non antibatterico. Sono quindi inutili le pennellazioni di siero sulle pseudomembrane difteriche, che alcuni consigliano. Anche i sieri antidifterici così detti battericidi, ottenuti dai conigli sottoposti ad iniezioni intravenose di bacilli difterici (Wassermann) ovvero utilizzando la proprietà dei batteri di fissare la sostanza attiva dei sieri specifici (Bandi), mentre hanno dato qualche buon risultato ad alcuni clinici (Concetti), sono riusciti ad altri del tutto inefficaci (Mya, Montefusco).

Circa la dose di siero antidifterico da inocularsi, la quantità varia secondo la gravità della forma clinica, secondo l'età, in rapporto allo sviluppo del corpo dell'ammalato, ed al tempo trascorso dall'inizio della malattia quando s'intraprende la cura.

Per molto tempo le dosi di siero hanno oscillato da 1000 a 5000 U. I. al massimo.

Oggi però sono notevolmente modificati i criteri che dominavano nei primi tempi della sieroterapia e si consiglia d'inoculare fin dall'inizio della malattia dosi di siero molto maggiori di quelle che si adoperavano dieci anni or sono. In Germania ed in America, si è arrivati ad inoculare fino ad 82,000 U. I. Ma, in rapporto alle dosi così elevate di siero antidifterico, ricorderò che Braun riferì nel 1912 alla Società di Medicina Interna di Berlino di non avere osservato all'ospedale Urban alcuna azione favorevole dalle dosi molto elevate di siero e che gli effetti di 20,000 U. I. non furono superiori a quelli di 4000. E Munch afferma che a Filadelfia, malgrado l'uso di dosi elevate di siero, talvolta fino a 80,000 U. I., si è solamente ottenuta la diminuzione della mortalità per difterite dal 33 al 20 per cento.

Le norme da seguirsi nella pratica sono le seguenti: Per un caso mite o anche semplicemente sospetto di difterite, bisogna adoperare subito 1000 U. I., che si ripeteranno dopo 24 ore, se non si è ottenuta la guarigione; se invece il processo tende a peggiorare, si inoculeranno subito da 2 a 4000 U. I. Nei casi più gravi, massime quando vi è qualche sintomo sospetto di croup, si inoculeranno subito 3000-4000 U. I., ripetendo la stessa dose diverse volte se il processo non cede.

***

Per ciò che riguarda il valore del siero antidifterico, oggi ancora molti medici, che si sono fermati alla prima pagina della sieroterapia, trascurando disinvoltamente tutte le discussioni che si son fatte su questo metodo curativo e sorvolando sull'altissima mortalità che, malgrado l'uso del siero, dà ancora la difterite in alcune epidemie, affermano che con la sieroterapia è oramai risoluto il problema della cura della difterite. Altri, invece, esagerando in senso inverso, negano ogni valore alla sieroterapia antidifterica.

Fautore entusiasta anch'io una volta della sieroterapia antidifterica, oggi, dopo aver curato all'ospedale Cotugno circa ottomila infermi di difterite, seguendone sistematicamente le fasi della malattia in rapporto alla sieroterapia, dirò che in parecchi casi gravi di difterite e di croup ho visto la guarigione rapida come innegabile conseguenza della sieroterapia. Il maggior numero degli infermi guariti si riferisce però a casi di media intensità, che è da ritenere sarebbero guariti sicuramente anche senza siero. Nella quasi totalità dei casi di croup di una certa gravezza, la sieroterapia, adoperata anche a dosi elevate, non ha potuto eliminare l'intervento operativo. Dei casi gravissimi di difterite a forma ipertossica, non ho visto che un solo caso di guarigione, dopo la iniezione di 20,000 U. I. e l'uso dell'adrenalina; si ebbe poi in questo caso, quattro giorni dopo la guarigione, una grave laringostenosi che richiese l'intubazione e guarì lentamente senza altre iniezioni di siero.

Nel 1903, quando era ancora quasi unanime il fervore per la sieroterapia, in un mio lavoro, oltre ad esporre i miei dubbi sulla costante efficacia della sieroterapia antidifterica, riferii le storie cliniche di due casi di difterite accertata batteriologicamente, dalle quali risultava chiaramente l'insuccesso del siero, che era stato adoperato al primo manifestarsi dei sintomi della malattia e in dose generosa.

Successivamente, le pubblicazioni tendenti a diminuire l'entusiasmo per la sieroterapia antidifterica sono divenute numerosissime. Tra le

più autorevoli, citerò quelle di Roger, Bourget, Maragliano, Weissenberger, Rumpel, Meierkow, Egnize, Reiche, Fahr, ecc.

Cuno, per spiegare l'elevata mortalità per difterite nel suo reparto di difterici all'ospedale dei bambini di Francoforte nel 1914, dichiara che essa non è dovuta al poco valore del siero, ma al fatto che in quell'epidemia erano più frequenti le forme settiche, contrariamente a ciò che si avverava nel 1890. Il siero, dunque, non ha azione sulle forme settiche, alle quali appunto è dovuta l'alta mortalità per difterite, ma solo nelle forme benigne, che guarivano anche prima della sieroterapia?

Nel croup, il siero antidifterico da molti autori è ritenuto del tutto inefficace e sono stati anche descritti diversi casi di gravi accidenti consecutivi alla sieroterapia. Weissenberger sostiene essere la sieroterapia addirittura controindicata nel croup, poichè in molti casi egli ha constatato un aumento della difficoltà respiratoria dopo l'iniezione di siero, e riferisce specialmente dei casi nei quali, mentre in principio esisteva una lieve laringostenosi, questa si aggravò dopo le iniezioni di siero, al punto da richiedere l'intervento operativo in un periodo di tempo variabile da uno a otto giorni.

Di casi simili, nella mia pratica che si riferisce a molte migliaia d'infermi di croup, ho osservato anch'io una larga percentuale. Io ritengo però che tale risultato si debba attribuire, nella grande maggioranza dei casi, alla quasi completa inefficacia del siero nel croup, che continua il suo decorso fatalmente grave, malgrado la sieroterapia, e solo in pochi casi ad azione nociva del siero.

Una prova, del resto, della insufficienza della sieroterapia antidifterica è data dagli stessi fautori più convinti di essa. Per parecchi anni, dopo l'introduzione del siero, tranne qualche rara voce discorde, tutti riconoscevano l'efficacia incontestabile del nuovo metodo di cura, non adoperando che le dosi consigliate fin dal principio, da 1000 a 5000 U. I. Si sentì poi il bisogno di aumentare le dosi fino, come ho detto, ad 80,000 U. I., evidentemente perchè si era riconosciuto che in molti casi le dosi solite non davano alcun risultato. Malgrado ciò, si apportò alla cura una seconda innovazione, cercando vie più efficaci per l'introduzione del siero: l'intramuscolare, l'endovenosa, l'endorachidea. Infine, riconoscendosi ancora insoluto il problema, si ammise la necessità di aggiungere all'uso del siero quello dell'adrenalina, ed in alcuni istituti sieroterapici si prepara il siero antidifterico adrenalinizzato.

L'argomento più importante invocato per dimostrare l'efficacia della sieroterapia antidifterica è la statistica, dalla quale risulterebbe una diminuzione della mortalità assoluta per difterite in molte località e una diminuzione della mortalità per difterite in rapporto al numero dei casi in molti ospedali.

Circa il primo dato, Bertarelli pel primo, studiando la mortalità per difterite in Italia per un dodicennio, sostenne che non la sola sieroterapia doveva aver contribuito alla diminuzione del quoziente di mortalità per difterite. Indi altri epidemiologi, tra i quali Gattstein, Eckert, de Maurans, dimostrarono che le oscillazioni della morbilità e della mortalità per difterite sono indipendenti dalla sieroterapia e son dovute invece ai cicli periodici che la difterite presenta per frequenza e per virulenza. Tesiakov, al Congresso dei medici russi di Pietroburgo nel 1913, rilevò che la difterite era in continuo aumento in Russia, con proporzionale aumento della mortalità, e che questo aumento era assoluto e non da ascriversi ad un più facile accertamento della diagnosi da parte dei medici. Anche Tesiakov conchiude che l'enorme propagazione della difterite in Russia, negli ultimi 25 anni, non è un fenomeno accidentale, ma conseguenza delle leggi che regolano il ciclo delle epidemie difteriche nello spazio e nel tempo. Lo stesso Behring ha rilevato che la cifra della mortalità difterica a Berlino si era elevata da 2997 casi nell'anno 1906 a 11,578 casi nel 1911, con tendenza ad aumentare ancora, come poi si è visto negli anni successivi.

Quanto alla diminuzione della mortalità relativamente al numero dei casi di difterite, non vi è dubbio che le statistiche di molti ospedali dimostrano una notevole diminuzione di tale mortalità.

Bisogna considerare però che spesso tale diminuita mortalità è solo apparente, poichè nelle statistiche sono inclusi tutti i casi di angine semplici, le quali, nel dubbio, sono curate dai medici pratici col siero antidifterico. Si dimentica quindi, come nota giustamente Maragliano, che queste faringiti senza nessuna gravità sono sempre esistite, non sono state mai computate nel numero delle malattie difteriche e sono sempre guarite spontaneamente. Ad ogni modo, poi, a queste statistiche si possono contrapporre le statistiche molto lusinghiere dei casi di difterite curati senza siero (e tra queste è notevole quella di Bourget, il quale, nel 1910, nella Clinica di Losanna ha curato 404 difterici senza siero con 2 soli morti, mentre su 185 difterici curati col siero ha avuto 15 morti) e le statistiche terrificanti delle ultime epidemie di difterite in Germania ed in Russia.

Al 30° Congresso tedesco di Medicina Interna

di Wiesbaden (1913), al quale partecipava anche Behring, Rumpel rilevò che il siero antidifterico aveva un po' deluse le speranze che si erano concepite in principio, poichè nell'ultima grave epidemia di Amburgo si era avuta la stessa mortalità che si aveva prima della sieroterapia. Reiche, prima partigiano della sieroterapia antidifterica, dopo aver notato che nell'epidemia di Amburgo, durata fino al 1917, l'applicazione del siero ad alte dosi non ha mostrato alcuna efficacia, pur ritenendo che per ora non si debba abbandonarla, dichiara di non aver più fiducia sul valore della sieroterapia. Anche a Berlino la mortalità per difterite in questi ultimi anni è stata elevatissima. Meierkov ha riferito che nell'epidemia di difterite, avutasi negli anni 1909-1910 nel distretto russo di Varoneie (circa 60.000 casi), la mortalità è stata molto grave, malgrado il largo uso del siero antidifterico. Eguize riferisce che nell'epidemia di difterite svoltasi a Mosca negli anni 1908-1911, la mortalità ha raggiunto il 50 per cento; nel croup difterico, si è avuta la mortalità di 84,8 per cento, cioè una cifra forse superiore a quella che si aveva prima della sieroterapia e dell'intubazione.

Debbo ricordare inoltre che oggi si ammette da molti che il siero normale di cavallo abbia, sul decorso del processo difterico, un'azione analoga a quella del siero antidifterico. Già, sperimentalmente, Detzersgowski aveva rilevato che, su 52 cavalli normali esaminati, 39 presentavano un siero capace di neutralizzare 10 dosi mortali di tossina difterica e, continuando le sue ricerche in questo senso, constatò che i cavalli normali che sono in contatto con gli uomini contengono anche con maggiore frequenza spontaneamente nel loro siero l'antitossina difterica capace di neutralizzare la tossina difterica. Clinicamente poi, tra le tante osservazioni, citerò quella di Binge, il quale, su 937 difterici in tutti gli stadi della malattia, non trovò una notevole differenza fra i casi trattati col semplice siero di cavallo e quelli trattati col siero antidifterico.

Ma, oltre questi argomenti, vi sono, circa la stessa tossina difterica e la determinazione del valore antitossico del siero, molti altri punti oscuri, che dimostrano come lo studio del siero sia tutt'altro che compiuto anche nel laboratorio, cosicchè non è da meravigliarsi dei risultati incerti che la sieroterapia dà nella pratica.

Tralasciando, perchè non dell'indole di questa nota, le questioni ancora controverse nel laboratorio e molti altri punti della sieroterapia antidifterica, che il laboratorio non ha ancora fissato, ma che la clinica lascia intravedere, come dice Martin, che è stato il più autorevole collaboratore di Roux nei suoi studi sieroterapici all'Istituto Pasteur di Parigi, non posso fare a meno di ricordare l'errore riconosciuto di un punto fondamentale della sieroterapia sperimentale, poichè tale correzione proviene da una fonte preziosa, dallo stesso creatore della sieroterapia, il Behring.

Al Congresso tedesco di Medicina Interna del 1913 a Wiesbaden, Behring, esponendo un suo nuovo mezzo preventivo contro la difterite, dichiarò che questa sua nuova scoperta fu resa possibile pel fatto che numerosissime esperienze da lui istituite su animali di diversa specie gli fecero riconoscere erroneo il principio della neutralizzazione antitossica definitiva del veleno difterico in vitro. Mentre, in base alle esperienze sulle cavie, si stabilì che una unità antitossica rende atossica in vitro una unità tossica, non solo per la cavia, ma per tutte le altre specie animali e per l'uomo, sperimentando poi sull'asino e sulla scimmia, egli potette avere la prova inconfutabile che non si produce disintossicazione definitiva in vitro.

Queste ricerche di Behring, che indubbiamente ignorano tutti i medici che adoperano in pratica con fiducia la sieroterapia, si collegano alla osservazione che ripetutamente ho fatto, ritenendola il lato veramente debole della sieroterapia: qual'è la dose di antitossina che bisogna inoculare nell'ammalato per neutralizzare la tossina difterica circolante nell'organismo? L'esperienza sulla cavia (e solo sulla cavia) è di una esattezza matematica, ma per l'uomo ammalato non abbiamo alcun criterio, anche approssimativo, per giudicare la quantità di antitossina necessaria per la guarigione. Tutti quelli che si sono occupati della sieroterapia antidifterica non possono dare in proposito che indicazioni generiche, relative all'età dell'infermo, alla gravità della forma clinica, all'epoca dell'intervento. Si spiegano così le grandi oscillazioni delle dosi adoperate ed i risultati contraddittorii ottenuti.

Ma la difficoltà non è solo quella d'ignorare la quantità di tossina che bisogna neutralizzare con l'antitossina. Noi ignoriamo anche il grado di virulenza della tossina che deve combattersi col siero. A parte che nessuno conosce ancora che cosa sia precisamente la virulenza (Galeotti), è certo che ogni ceppo di bacillo difterico ha un grado diverso di virulenza. A dimostrare come sia difficile ottenere colture difteriche dotate di un alto valore tossico, basta notare che i laboratori, che preparano il siero antidifterico, lavorano tutti, per ottenere la tossina, con un'unica stirpe di bacilli difterici. Non è quindi da escludersi, come ammette

Krause, fautore entusiasta della sieroterapia, che si ottenga così un siero provvisto solo di sostanze curative unilateralmente e che non possa quindi riuscire efficace per tutti i casi. Perciò Uffenheimer, Krause ed altri hanno proposto di adoperare, per la preparazione del siero antidifterico, altre tossine difteriche molto potenti e più precisamente mediante bacilli isolati dagli infermi nei quali la sieroterapia è fallita. Questo tentativo, però, ha incontrato grandi difficoltà pratiche.

Tutto ciò che ho sommariamente esposto dimostra all'evidenza come non sia serio sorvolare sulla estesa letteratura che mette in rilievo gli insuccessi della sieroterapia antidifterica. Anzichè cercare di diminuire, sottilizzando, l'importanza delle osservazioni negative raccolte nella clinica, il batteriologo dovrebbe farne tesoro e tentare di risolvere nel laboratorio il lato ancora oscuro della sieroterapia.

Malgrado il mio convinto scetticismo circa la sieroterapia antidifterica, io consiglio nella pratica di ricorrere sempre al siero, sia perchè è ancora troppo radicata la convinzione che solo la sieroterapia guarisce la difterite, sia perchè altri mezzi sicuri di cura noi non abbiamo per questa malattia, sia perchè il siero, adoperato con prudenza, è assolutamente innocuo, non avendo, nella mia lunga pratica, osservato mai gravi fenomeni di anafilassi (tranne che in alcuni casi di croup) anche in bambini reiniettati a distanza più o meno breve dal primo intervento sieroterapico.

Napoli, agosto 1921.

Dott. RICCARDO CARNELLI.

COMMENTI.

Ancora sulla tinta dei malarici.

On. Signor Direttore,

Mi conceda una breve risposta alla critica cortese che il collega dott. Capuani ha mosso alla mia lezione sulla tinta dei malarici.

Io ho detto che la tinta ordinaria del malarico è dovuta semplicemente alla grave oligoemia prodotta dalla infezione, che è emolitica quanto nessun'altra.

Il collega accusa la mia spiegazione di eccessivo semplicismo, ma io lo assicuro che a questo semplicismo sono arrivato dopo aver dato al fatto semeiotico delle tinte un'osservazione paziente di molti anni, la quale mi ha fatto rinunciare in gran parte ad ipotesi più complesse da cui ero partito. Fino dal 1912 ho comunicato alcuni dati sulle tinte all'Accademia Medica di Padova, apparsi anche nella *Gazzetta degli Ospedali* (1912, pagina 1616); ora, contemporaneamente alla lezione sulla tinta dei malarici, ho pubblicato una nota su un particolare della tinta dei tifosi, nel numero 58 della *Gazzetta degli Ospedali* del c. a., e ivi ho annunciato, come di imminente pubblicazione, un lavoro più generale sulle tinte gialle non itteriche, di cui questi due non sono che stralci, i quali però ho cercato di documentare in ogni loro affermazione.

Nella lezione incriminata, ho trattato un po' a lungo dei pigmenti di origine emolitica circolanti nei malarici, escludendo ch'essi vadano a depositarsi nella cute, e che contribuiscano a modificarne la tinta. Di ciò il dott. Capuani sembra darmi atto senz'altro.

Invece il collega mi richiama all'importanza che sulla tinta può avere lo stato di iposurrenalismo e alle affermazioni dell'Ascoli in proposito.

Ora alle opinioni dell'Ascoli, autorevolissime, avevo già accennato nei limiti concessi dalla brevità di una lezione, dicendo «... l'Ascoli accenna ad elementi patogenetici diversi, senza però dimostrarli».

Infatti il trattato dell'Ascoli, veramente magistrale in ogni sua parte, e anche in ciò più completo di ogni altro, nel parlare delle tinte, invoca, quali coefficienti, e il pallore di origine anemica, e il giallo sporco emafeico, di origine emolitica, e la pigmentazione bruna di origine surrenale. Ma (come era naturale in un trattato generale, e nell'assenza di ricerche anteriori sistematiche) nessuno di questi punti è analizzato, nè sottoposto al vaglio della critica.

Per conto mio, credo che qui l'iposurrenalismo, quale coefficiente della tinta, sia da escludere. L'iposurrenalismo, se agisce sulla colorazione, agisce, come dice il Pende (che fa testo in ogni questione endocrinologica, e in particolare in fatto di surreni), «esagerando il normale pigmento cutaneo, contenuto nelle cellule epidermiche più profonde e nei cromatofori del derma» e agisce determinando chiazze pigmentali anche sulle mucose.

Ora nessuno ha mai parlato di pigmentazione delle mucose nei malarici. E nella cute ho già escluso, nella mia lezione, sul fondamento di osservazioni dirette, l'aumento del normale pigmento melanico. Ivi ho pur rilevato che le melanodermie diffuse, attribuite alla malaria, risultano anche dalla letteratura così eccezionalmente rare, da lasciar dubbiosi se tra i due fatti esistesse veramente rapporto di causa ed effetto.

Ma inoltre, non ha osservato l'egregio collega, che la tinta profondamente terrea si manifesta nel malarico grave, anche dopo uno o due attacchi febbrili, quando cioè è impos-

sibile che si sia già prodotto tutto il meccanismo di iperpigmentazione da iposurrenalismo, e quando invece potè già costituirsi un enorme impoverimento del sangue, quale in nessun'altra forma avviene con tanta rapidità?

Inoltre, consideri l'egregio collega, che l'iposurrenalismo è ormai chiamato in causa, e giustamente, non solo per i malarici, ma anche pei tubercolosi, pei cholerosi, pei dissenterici, pei tifosi. Ora ciò va benissimo se deve spiegare dei fatti comuni a tutti questi malati, quali l'astenia e l'ipotonia vascolare; ma per la stessa ragione sarebbe ben strano che spiegasse il fenomeno, esclusivo dei malarici, e, secondo la tradizione, specifico, della loro tinta.

Se l'iposurrenalismo dovesse determinare una tinta speciale e costante nei malarici, non vedo perchè non dovrebbe darla a tubercolosi, a cholerosi, a dissenterici, a tifosi, nei quali, per universale consenso, esso ha non minore importanza.

Tuttociò, del resto, è nel campo delle interpretazioni patogenetiche.

Io mi permetto di richiamare l'egregio collega alla constatazione dei fatti, e se egli dispone di opportuno materiale di studio, voglia controllare i miei dati rinnovando la sua osservazione, libero dal preconcetto tradizionale ch'io mi sono sforzato di combattere.

Se egli potrà persuadersi (ricorrendo ai semplici artifici che ho enumerato) che la tinta gialla fondamentale rappresenta la gran maggioranza degli individui anche sani, se d'altra parte potrà constatare che anche tra i malarici, e anche tra i perniciosi, vi sono dei grigi e dei bianchi, nelle stesse proporzioni che tra i sani; se potrà vedere che vi sono dei discrasici (sia giallo-terrei, che grigio-terrei, che bianco-terrei) i quali a primo aspetto impressionano o per malarici, o per cancerosi, e poi invece sono, per esempio, dei brightici, troverà forse che la mia interpretazione meritava d'esser detta piuttosto *semplice* che *semplicista*.

Grazie, signor Direttore, dell'ospitalità che spero concederà a questa mia breve risposta. Vi fui indotto dal desiderio non solo di difendere le mie conclusioni, ma anche di diffondere la convinzione che la semeiotica delle tinte è rimasta finora troppo empirica, e che essa merita invece anche dal lato fisiologico una interpretazione fondata sia su concetti bio-chimici che sul controllo anatomo-istologico.

Di Lei devotissimo

G. JONA.

Venezia, 8 settembre 1921.

SUNTI E RASSEGNE.

GLANDOLE ENDOCRINE.

La ghiandola pineale: funzione e malattie.

(SMITH ELY JELLIFFE. *N. Y. med. Journal*, volume CXI, n. 7).

Gli studi di morfologia comparata, di embriologia e d'istologia non lasciano dubbio che la ghiandola pineale abbia avuto in passato ed abbia nell'uomo distinte funzioni fisiologiche. Ma prima di discutere queste ultime sembra desiderabile di riferire alcuni dati chimico-patologici; poichè il metodo patologico è indispensabile per portare luce sui fenomeni fisiologici.

Ma va subito notato che alcuni quadri clinici possono provenire da modificazioni della pineale esclusivamente mentre altri sono l'effetto dell'ingrossamento di essa sui tessuti contigui e quindi hanno poco o nulla da fare col problema della pineale stessa. Per esempio, la sindrome di Froelich che frequentemente accompagna alcuni tumori epifisari è, con ogni probabilità, dovuta a un disturbo delle funzioni dell'arco vegetativo riflesso, le cui vie passano per il peduncolo dell'ipofisi. Similmente debbono essere escluse le sindromi da compressione dei corpi quadrigemini e tutti gli altri fenomeni di compressione da idrocefalo, che possa esercitarsi sopra molte altre vie sensoriali motrici o vegetative.

Limitando così questa parte della discussione a ciò che può essere strettamente interpretato come lesione dovuta a interessamento della sola ghiandola pineale i casi non complicati sono relativamente pochi.

I disturbi metabolici che sono stati attribuiti a malattia della pineale, senza che sia ancora determinata se a iperfunzione o a ipofunzione di essa, riguardano:

1° il metabolismo dei grassi: obesità;

2° la precocità sessuale: *macrosomia genitalis;*

3° il metabolismo dei muscoli: distrofia muscolare;

4° sindromi miste.

Il metabolismo dei grassi per quanto riguarda la sindrome adiposo-genitale di Froelich abbiamo visto che deve essere assegnato alla funzione ipofisaria; restano quindi la precocità sessuale, la distrofia muscolare e alcuni casi misti.

Pellizzi sulla base di due casi (che l'A. riferisce succintamente) senza autopsia e senza netta evidenza che in essi fosse interessata l'epifisi, creò la sindrome epifisaria della *macrogenitosomia precoce* associandovi casi riferiti da vari altri AA. Ma nulla autorizza ad

escludere in questi casi l'influenza di altre ghiandole endocrine e di rapporti ormonici fra esse e la pineale.

Un altro aspetto delle sindromi pineali messo in evidenza principalmente da Tinne consiste in alcuni tipi di distrofia muscolare. Questo A. riferisce una forma un po' atipica di distrofia muscolare progressiva, che rassomiglia piuttosto al tipo infantile di Erb, ad andamento straordinariamente benigno e lento, e la attribuisce ai disordini che stiamo studiando. La generalizzazione è basata sopra lo studio di circa 14 casi, sui quali si riscontra anche una notevole influenza ereditaria. L'interessamento della pineale in questi casi sarebbe stato dimostrato da studi radiologici. E che la radiografia possa in alcuni casi mettere in evidenza l'epifisi è stato dimostrato da Schüller, da Boas e Scholze, da Krabbe, che poterono riconoscerla sulla lastra in caso di calcificazione.

Ma una conclusione definitiva su un'influenza eventuale della pineale sul metabolismo dei muscoli per un meccanismo del bilancio vegetativo non può ancora esser data.

Passando a un altro aspetto del problema, dobbiamo porre attenzione ad alcuni esperimenti di rimozione della ghiandola pineale.

Sarteschi operò su conigli nel 1910 e su cani nel 1913 lavorando nel laboratorio di Pellizzi e sotto l'influenza delle idee di questo A., che abbiamo già esposte. I suoi conigli morirono; e dei 15 cani esperimentati ne sopravvissero 3. A parte che, come alcuni critici hanno fatto notare, la sua operazione asportava molto più della semplice pineale, egli sostiene che nei suoi giovani cani si ebbe adiposità, sviluppo precoce somatico e genitale e precocità sessuale.

Exner e Boese operarono su conigli con sopravvivenza di 22 su 45 e col risultato di nessuna alterazione somatica o genitale. Foà, lavorando sui polli, ottenne marcate deviazioni dallo sviluppo usuale dei caratteri sessuali primari e secondari; gli animali dapprima rimasero torpidi, ma dopo tre mesi cominciarono a crescere rapidamente. I galletti si svilupparono precocemente; le creste e i testicoli si svilupparono più presto e precocemente che negli animali di controllo.

Marburg con esperimenti su cani eseguiti con una tecnica quasi perfetta venne alle seguenti paradossali conclusioni: 1° alla rimozione della pineale non segue precocità o indolenza sessuale, non segue obesità o emaciazione, non segue precocità o ritardo somatico o mentale; 2° niente sostiene l'ipotesi che la ghiandola pineale abbia una funzione endocrina attiva nei cani sia giovanissimi che adulti; 3° la pineale è apparentemente non essenziale alla vita e sembra non avere influenza sul benessere dell'animale. A parte che l'osservazione del modo di comportarsi di un cane può riuscire difficile, noteremo che non è affatto autorizzato applicare alla fisiologia umana le osservazioni praticate su cani e su altri animali inferiori, e specialmente in questi argomenti oscuri e specializzati.

* * *

Molti risultati contraddittorî sono citati dagli esperimenti di alimentazione.

E ciò è naturale dati i differenti tipi di animali usati, le differenti dosi, i differenti criteri adottati.

Estesi esperimenti di alimentazione furono intrapresi su bambini deficienti: alcuni ne ebbero giovamento, altri no, e dai rapporti di Vineland apparirebbe così grande la complessità del problema, da non essere possibile l'interpretazione dei risultati. Dana e Berkeley pensano che qualche cosa avviene, ma non può essere accuratamente misurata o interpretata. Altri si mostrarono meno ottimisti e ritennero che l'eventuale risultato è così indefinito da non giustificare la continuazione degli esperimenti su questa via.

Ritornando agli esperimenti sugli animali citiamo solo quelli di McCord che hanno aperto una linea d'ipotesi assolutamente nuova. Egli osservò un aumento nello sviluppo in polli, cani, cavie e girini. Ma il risultato più interessante, ottenuto alimentando giovani girini con sostanza pineale, fu un effetto pronunciato sui corpi pigmentati di questi animali e che non si ebbe con l'uso di altre sostanze endocrine. Ciò è interessante per i possibili rapporti tra la pineale e gli stimoli luminosi. Dei girini di 10 giorni alimentati con pineale dimostrarono una netta translucidità, dovuta a riduzione pronunciata del pigmento melanotico. Questa reazione è così uniforme che McCord la suggerisce come mezzo di campionamento dei prodotti pineali per scopi terapeutici.

Si conoscono vari tipi di deformazione patologica del tessuto pineale: secondo Ziegler i più comuni a osservarsi sono l'ipertrofia, la formazione di cisti e gli psammomi: ma queste varie alterazioni patologiche non sembra abbiano una patologia specifica. I tumori della pineale sono di una grande varietà di tipi e nella letteratura ve ne sono oggi raccolti almeno un centinaio di casi. Fra le alterazioni

non neoplastiche citiamo poi l'atrofia semplice, l'ipertrofia, le cisti, l'emorragia, la sifilide, gli ascessi.

Data la situazione della pineale quando essa cresce in grandezza, secondo il grado e la direzione di questa, e quindi secondo i tessuti contigui che vengono compressi, si ha un certo numero di sindromi caratteristiche. L'aumento di volume tende dapprima per compressione delle vene galeniche a produrre una stasi venosa, e quindi, obliterando l'acquedotto, determina un idrocefalo interno. Col progredire di questo e con la compressione degli organi viciniori, si possono sviluppare le seguenti sindromi: *a*) mesencefalica (corpi quadrigemini); *b*) pontina e bulbare; *c*) cerebellare; *d*) talamica.

Sintomi generali di tumore pineale. — Quando il tumore è abbastanza grande essi sono di solito i primi a comparire, meno che nei piccoli bambini a causa del non saldamento delle suture, ed eccettuati i casi di tumore molle o gelatinoso.

La cefalea di solito è precoce. Nei bambini può però apparire tardivamente, e non di rado il tumore può crescere a lungo fino a che un blocco più o meno istantaneo determina un idrocefalo acuto e la comparsa di cefalea, appena prima dell'esito letale. Negli adulti non vi è regola, ma la tendenza è piuttosto per uno sviluppo precoce della cefalea il cui inizio è probabilmente determinato dall'avere il tumore raggiunto una dimensione tale da provocare una netta pressione idrocefalica. Essa può variare d'intensità e la sua sede dà poco aiuto alla diagnosi. Una cefalea occipitale è spesso associata a una certa rigidità del collo ed anche ad opistotono, così da ricordare una sindrome meningea. Possono unirsi anche dei fatti consultivi, con o senza perdita di coscienza, i quali possono essere localizzati senza peraltro presentare il tipico aspetto jacksoniano.

La vertigine è rara, ma anoressia, nausea e vomito sono frequenti e vanno più o meno parallelamente alla cefalea.

Alterazioni retiniche principalmente del tipo della papilla da stasi si sviluppano quasi sempre; in circa la metà dei casi riportati questa neurite da compressione determinò cecità.

Sonnolenza e stupore sono frequenti (sintoma di compressione generale o di compressione mesencefalica?). Con essi possono aspettarsi gradi accentuati di coma con incontinenza di urina e di feci.

Sindrome mesencefalica. — Poichè una pineale ingrandita viene a giacere direttamente sui corpi quadrigemini, delle paralisi dei muscoli oculari sono da aspettarsi, quando la compressione è qui diretta, a meno che non si tratti di tumori larghi e molli.

Disturbi pupillari sono precoci: la midriasi è di regola accompagnata da irregolarità; sviluppa rigidità alla luce e all'accomodazione.

La diplopia non è rara. Sono frequenti le paralisi del retto superiore e inferiore; sono citate deviazione coniugata, strabismo, ptosi, paralisi del trocleare, oftalmoplegia completa esterna ed interna.

La sporgenza dei bulbi è un sintoma occasionale ed interessante e fa pensare a un disturbo dell'innervazione centrale simpatica mesencefalica.

Quando la compressione è diretta piuttosto all'indietro, interessando i quadrigemini posteriori, possono essere notati alcuni segni uditivi, fra i quali, più comuni, rumore e ronzio all'orecchio.

La compressione sui peduncoli cerebrali può determinare emiparesi o emiplegie ad andamento irregolare.

Sono stati anche citati, come sintomi mesencefalici complicanti, paresi del facciale e debolezza dell'ipoglosso.

Sindrome pontina. — La compressione sul ponte è possibile solo in rari casi. I pochi sintomi positivi debbono essere interpretati in qualche altro modo, certo non chiaro; e le complicazioni ponto-bulbari occasionalmente osservate servono piuttosto ad oscurare la diagnosi.

Sindromi cerebellari. — Queste non sono così difficili a spiegarsi e di fatto sono frequenti. L'atassia cerebellare è stato uno dei sintomi più frequentemente riferiti di tumore pineale, essendo presente in circa un quarto dei casi.

La stazione eretta è difficile e v'è grande tendenza a cadere all'indietro. Sono citate l'adiadococinesia e l'atassia delle estremità superiori.

Le complicazioni cerebellari possono essere il risultato di compressione diretta di invasione neoplastica del cervelletto, o dell'idrocefalo.

Sindromi talamiche. — La grande tendenza dei neoplasmi pineali ad estendersi avanti nel terzo ventricolo, implica quasi invariabilmente l'interessamento del talamo. Questa sindrome tuttavia è raramente osservata, probabilmente a causa delle condizioni mentali del paziente, che rendono impossibile la necessaria cooperazione della sensibilità. Le sindromi simpatiche, però, per interessamento ipotalamico, sono di interesse clinico e di grande importanza teorica. Sono riportate alterazioni vaso-moto-

rie: vampe calde nelle mani, pallore della pelle.

È stata osservata ipertermia come anche polifagia e pollachiuria. I disturbi mestruali possono avere un'interpretazione locale o esser riferiti alla sindrome ipofisaria o probabilmente all'integrazione pineale-genitale.

SEBASTIANI.

Diabete insipido consecutivo a distruzione del lobo posteriore dell'ipofisi.

(NEUBURGER. *Berl. Klin. Wochenschrift*, anno LVII, n. 1).

Il nesso tra diabete insipido ed affezioni della ghiandola pituitraria fu fatto in questi ultimi anni frequente oggetto di studio. L'ipotesi di un substrato anatomo-patologico di questa malattia venne così vieppiù convalidata. Esaminando microscopicamente 500 ipofisi, Simmonds riscontrò nel lobo posteriore o nella parte intermedia e nel peduncolo in 2 casi tumori primitivi ed in 7 delle metastasi, invisibili ad occhio nudo. Il lobo anteriore, sede preferita dei tumori era libero. 3 di questi casi avevano presentato clinicamente il quadro sintomatico del diabete insipido. Ricerche sperimentali avevano già dimostrato anteriormente che l'iniezione dell'estratto della parte posteriore e media dell'ipofisi portava ad una riduzione della secrezione urinaria. Simmonds interpretò dunque la poliuria come conseguenza d'una mancata funzionalità di queste parti. Negli altri cinque dei suoi casi ammetteva sufficiente il tessuto rimasto inalterato. Non potè spiegarsi in nessun modo la mancanza di diabete nell'ultimo caso, in cui era distrutta l'ipofisi intera ed in un altro citato più tardi, in cui la poliuria cessò poche settimane prima della morte. La discussione di tutti i casi finora conosciuti di affezioni della ipofisi nel diabete insipido, la troviamo in un recente lavoro di v. Hann. In 17 casi si trovò una grave alterazione della nevroipofisi, di cui 6 (casi di Simmonds) dovuti a metastasi cancerigna. In 11 casi il lobo anteriore era integro o lievemente compresso, in 3 invaso parzialmente dal tumore. Di 3 casi manca il reperto istologico. In 3 casi, osservati da v. Hann stesso, si trattava di granulazioni tubercolari; anche qui il lobo anteriore era quasi integro. Altri 9 casi, pubblicati dallo stesso autore in un lavoro posteriore non presentavano affatto la sintomatologia diabetica, pur avendo distrutto completamente il lobo posteriore (gomme, metastasi carcinomatose). v. Hann conclude dunque, che la distruzione del lobo post. produce diabete insipido, soltanto quando contemporaneamente la parte anteriore è integra nella sua funzione. Questa ultima ha un'azione diuretica, il lobo posteriore un'azione antidiuretica. Venendo a mancare quest'ultimo, l'anteriore antagonista ottiene un sopravvento e causa un aumento della diuresi; se è alterato esso pure, la poliuria fa naturalmente difetto. Secondo v. Hann, l'insorgere del diabete insipido è legato inoltre alla funzione integra di cuore e reni.

In vista dei pochi casi finora pubblicati, Neuburger fa seguire a queste considerazioni un contributo casistico. Si tratta d'una donna cinquantenne, affetta di diabete insipido, lue e carcinosi del femore consecutiva a carcinoma della glandola mammaria, già estirpata. La quantità giornaliera d'orina oscillava tra i 6 e 8 litri per ridursi appena poche settimane prima della morte a 4 o 5 l. Fu ammessa una metastasi alla sella turcica, diagnosi però non confermata dal reperto radiologico. R. W. positiva nel sangue, negativa nel liquor. Durante la degenza frattura spontanea del femore destro, parestesia nella guancia sin., edema del braccio sin. Tentativi terapeutici con ipofisina e joduro, più tardi con preparati mercuriali e di calce, rimasero senza alcun successo. 3 mesi e mezzo dopo l'estirpazione della mammella, e 4 e mezzo dall'inizio del diabete, morte quasi improvvisa coi sintomi di un'iposistolia.

All'autopsia l'ipofisi non presentava alcuna alterazione macroscopica. All'esame istologico si trovarono il lobo posteriore, la parte intermedia ed il peduncolo completamente sostituiti da tessuto carcinomatoso; il lobo anteriore era libero, prescindendo da alcune rare isole metastatiche nelle sue parti posteriori e nella capsula connettivale.

Con questo caso la teoria di v. Hann trova una nuova conferma.

m. p.

Le cause, i tipi e il trattamento del gozzo.

(H. KLOSE. *Medizinische Klinik*, n. 26, 26 giugno 1921).

Tre sono le principali teorie sull'etiologia del gozzo. La teoria dell'acqua potabile trovò il principale appoggio nel decorso dell'endemia di gozzo nel villaggio di Rupperswil; ma decadde dopo che con osservazioni e con sperimenti si potè dimostrare come in molte regioni il gozzo e il cretinismo scemassero senza che si fosse affatto mutata l'acqua potabile.

La teoria del contagio o infettiva non potè nemmeno essa esser dimostrata sperimentalmente; d'altra essa male spiega il decorso per lo più endemico del gozzo. Recentemente si è

di nuovo messa in onore la teoria del ricambio o della deficienza di iodio. È stato specialmente Bayard colui che ha cercato di trovare nel difetto di iodio negli alimenti o nell'acqua la cagione di quelle tumefazioni tiroidee che compaiono nella pubertà e nella gravidanza e dei gozzi nodosi. Bayard somministrando miscele jodo-carbonato-potassiche potè far regredire dei gozzi e perciò raccomanda tale trattamento non solo come cura, ma anche come profilassi per i soggetti che vivono in territori gozzigeni.

Il gozzo viene così ascritto alle malattie della nutrizione tra quelle che Funk chiama *deficiency diseases*, e la ragione di ciò, oltre che nelle esperienze di Bayard, è in quelle di Gaylord il quale potè far regredire i gozzi di alcuni pesci somministrando iodio e arsenico. Il problema del dosaggio di questi medicamenti segue certo la legge biologica fondamentale di Pflüger-Arndt, secondo la quale gli stimoli deboli destano l'attività vitale, i medi la stimolano, i forti la sopprimono. Ma di preciso a questo proposito nulla sappiamo.

Nella teoria nutritiva certo si trova una delle cause della ipertrofia semplice della tiroide; della struma diffusa e delle modificazioni funzionali che la accompagnano. Essa non contrasta nemmeno il concetto che le alterazioni per le quali il tessuto tiroideo si trasforma in struma diffusa vengano operate per il tramite del sistema nervoso e *a priori* interessino perciò tutta la tiroide. Ma una spiegazione definitiva dell'origine del gozzo non è ancora affatto raggiunta.

Dai lavori di Bayard non risulta in quale forma di gozzo — diffuso o nodoso — il suo trattamento riesca utile. Si deve ancora dimostrare che un gozzo del periodo della crescenza o della gravidanza — che certo possono essere sintomi fisiologici — dipendano da un difetto di iodio. Finalmente si deve ancora studiare se i gozzi diffusi siano da riferire a determinate regioni e all'alimentazione in esse abituali e se presentino differenze macroscopiche e microscopiche.

Sulla struttura delle tiroidi normali dei paesi di pianura hanno fatto interessanti studi Isenschmidt, Sanderson e Clercs, i quali hanno trovato che esse per grandezza di follicoli e concentrazione di colloide sono diverse dalle tiroidi di Berna.

Lo struma colloide diffuso della regione di Friburgo — contrariamente a quanto clinici e anatomici ammettevano — fu considerato da Hellwig non come dovuto a stasi di secreto, ma a ipersecrezione di colloide e a iperplasia dei follicoli. Egli crede che i portatori di tali gozzi tendano alla ipertireosi. La maggior parte dei gozzi basedowiani si svilupperebbero dal terreno degli strumi colloidi diffusi.

Riguardo allo struma nodoso, la cagione abituale è un adenoma, cioè, dal punto di vista anatomo-patologico, una malformazione di tessuti con carattere neoplastico. I nodi vengono da germi che fin dalla nascita sono sparsi in quasi tutta la ghiandola e ordinariamente cominciano a svilupparsi nell'epoca della pubertà. Lo stimolo che eccita tali germi, il modo di accrescimento dei nodi, la grandezza e il numero di essi varia nelle diverse regioni. È merito di Aschoff aver richiamato l'attenzione su queste modalità, le quali vengono trascurate nella letteratura chirurgica, sebbene siano spesso decisive per il momento dell'intervento, per la qualità del trattamento chirurgico e per la possibilità della recidiva. Sono da ricordare ancora gli studi comparativi fatti da Klöppel e Krämer tra le tiroidi dei paesi montuosi e quelle delle pianure; essi indicano al chirurgo di spiegare la sintomatologia funzionale del gozzo con la sua struttura anatomica la quale varia da paese a paese. Oggi nell'anamnesi si deve tener conto del territorio nel quale il gozzo è stato contratto, poichè sembra che alle diverse origini geografiche del gozzo corrisponda un determinato tipo di decorso clinico.

Come primo tipo anatomo-chirurgico è da menzionare la tiroide dei paesi montuosi. In essa i nodi sono spesso grandi; alla capsula, ordinariamente spessa, aderisce talora solo un sottile strato di parenchima funzionante che ha già subito compressioni. I processi degenerativi sono frequenti (formazioni cistiche, emorragie, degenerazioni ialine, deposizioni calcaree, formazioni cartilaginee e ossee).

I nodi dei gozzi d'alta montagna cominciano di solito al polo inferiore destro della tiroide, sono poveri di vasi sanguigni e mancano di vasi linfatici e di nervi. I vasi sanguigni frequentemente divengono fragili e aterosclerotici.

Per questi fatti si comprende la condizione autonoma di tali nodi; essi agiscono funzionalmente solo se invadono e sostituiscono tutto il tessuto tiroideo. Ciò avviene raramente e perciò non meraviglia che delle tiroidi invase da grossi nodi presentino solo dei segni di ipotiroidismo. I grossi nodi perdono quasi ogni rapporto con i tessuti circostanti; hanno pochi vasi, presentano stasi di secreto e perciò degenerano. Se si osservano i portatori di gozzo, facile è porre in rapporto causale l'ipofunzione tiroidea con i caratteri geografici dei gozzi d'alta montagna.

Nell'operare questi gozzi bisogna legare il

minor numero di vasi possibile e risparmiare quanto si può del tessuto tiroideo. L'enucleazione è l'operazione di scelta e si possono ad essa combinare delle resezioni atipiche molto conservative.

Il secondo tipo di gozzi è quello delle pianure. In questo i nodi restano ordinariamente piccoli come nocciole, mancano la tendenza alle degenerazioni e alle formazioni di cisti. Il numero di nodi è scarso e rimane sempre tra essi del parenchima tiroideo funzionante. Per tal ragione l'ipotiroidismo non si ha e invece sono frequenti dei sintomi basedowiani passeggeri o intermittenti o durevoli. Essi compaiono specialmente nei periodi iniziali della formazione di nuovi nodi, mentre sono piuttosto rari nello stadio di maturità o di degenerazione.

In questo tipo di gozzo il trattamento chirurgico deve esser più radicale; esso comporta una considerevole riduzione del lobo malato, che per lo più è il destro, mediante resezione subtotale dopo legatura di ambedue le arterie.

Particolare attenzione si deve portare al polo inferiore sinistro. Questo già normalmente — nei gozzi di pianura — si spinge più in basso del destro. I nodi che si formano in esso hanno la tendenza a sottrarsi alla vista a al tatto per fissarsi nel mediastino o a incunearsi nell'apertura toracica superiore.

Il trattamento chirurgico di questi gozzi è molto favorevole: le recidive non si hanno quasi mai e i sintomi basedowiani, che dipendono dai nodi, cessano di colpo.

L'A. ha studiato il tipo di gozzo della regione di Maingau nella quale egli si trova. Questo tipo è intermedio tra quello di pianura e d'alta montagna. È costituito da numerosi piccoli nodi disseminati nella ghiandola. Essi cominciano di solito nell'epoca della pubertà al polo inferiore del lobo destro e si diffondono poi a tutta la ghiandola. I singoli nodi sono ricchi di colloide e hanno un breve periodo di crescenza. Ordinariamente verso la fine del secondo decennio di vita sono già maturi e presentano segni di degenerazione. Questo piccolo arresto dell'accrescimento differenzia tale gozzo da quello d'alta montagna e delle pianure nei quali lo sviluppo dei nodi si protrae e diviene notevole specialmente nel terzo e nel quarto decennio. Clinicamente è da osservare che il gozzo di Maingau, per il suo sviluppo uniforme e bilaterale, dà origine molto raramente a spostamenti e a compressione di organi. Tra i singoli nodi non rimane più quasi affatto parenchima normale e tuttavia manca la tendenza all'ipotiroidismo, mentre esiste spiccata tendenza all'ipertiroidismo. I portatori di tali gozzi sono per lo più soggetti grandi, a scheletro sottile, psichicamente eccitati, nei quali il clinico riconosce subito la vivace funzione tiroidea. Basta una lieve occasione per basedowificare questi gozzi. Tre circostanze ne sono principalmente responsabili: 1° gli insulti psichici e corporei (sopraffaticamento); 2° una inconsulta cura iodica; 3° la gravidanza.

In 19 casi operati e studiati dall'A. l'azione tireotossica poteva senza dubbio essere attribuita alla presenza di nodi piccoli rapidamente sviluppati. Non tutti i nodi sono basedowificati, ma solo i piccoli. Sembra che essi traversino uno stadio basedowiano che poi scompare quando raggiungono la maturità.

La somministrazione di iodio è stata sempre dannosa. Forse anche in questi casi si tratta di dosi non sapute graduare; tuttavia lo iodio produce i segni basedowiani costantemente.

Secondo l'A. lo iodio produce un aumento della elaborazione iodica tiroidea; avviene una specie di *diarrea tiroidea*. I gozzi che restano basedowificati in tal modo sono specialmente i gozzi maturi, degenerati con colloide precipitata. In essi la migrazione della colloide, anche se le connessioni vascolari con il resto delle ghiandole sono scarse, può egualmente avvenire, poichè, come per molti processi nutritivi, avviene per osmosi o per diffusione.

Il carattere a nodi molteplici del gozzo di Maingau non è facilmente riconoscibile con l'esame clinico: spesso si hanno tutte le apparenze della struma diffusa colloide. Per quel che riguarda la tecnica operatoria, è da notare che l'enucleazione non è eseguibile; la resezione subtotale di un solo lobo è insufficiente, perchè spesso è malato anche il secondo lobo: occorre ordinariamente eseguire una resezione cuneiforme bilaterale dopo legatura delle arterie.

EGIDI.

Il fascicolo 9° (1° ottobre 1921) della nostra **SEZIONE MEDICA** conterrà i seguenti lavori:

L. D'AMATO: **Su di un caso di morbo di Erb-Goldflam.**

L. VILLA: **Contributo alla conoscenza dei rapporti tra diabete insipido e ipofisi.**

P. BOVERI: **Tecnica e valore clinico della reazione al permanganato nel liquido cefalo-rachidiano.**

N.B. — Gli associati alla sola Sezione Pratica che desiderano avere questo importante numero mandino cartolina-vaglia di L. 4,30 e lo riceveranno subito in piego franco e raccomandato.

CENNI BIBLIOGRAFICI

BECLÈRE, COTTENOT, M.me LABORDE. *Radiologie et radiumthérapie.* Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée di E. SERGENT, RIBADEAU DUMAS e BABONNEIX. A. Maloine et Fils, Paris, 1921. 170 figure.

Un trattato moderno di medicina non poteva disinteressarsi dei grandissimi progressi fatti in questi ultimi anni nel campo della radiodiagnostica, ma sopratutto della radioterapia e che ogni medico, almeno nei sommi capi, deve conoscere, senza bisogno di consultare grossi trattati o giornali specializzati.

Dopo una sintetica esposizione fatta dal Beclère, il lavoro si occupa dei principî generali di fisica, che sono di base alla radiologia; quindi il Cottenot espone, dopo un breve cenno dell'aspetto normale radiologico dei singoli organi, i principali aspetti morbosi rilevabili ai raggi X.

Segue il capitolo della radioterapia; qui, dopo l'esposizione dei principî generali dell'azione biologica dei raggi X e dell'azione sui tessuti normali, esiste quasi un prontuario di tecnica di cura per le varie affezioni. Se mende si debbono notare nel lavoro, e di aver passato sotto silenzio tutta la moderna questione della terapia profonda.

Il capitolo migliore del trattato, anche perchè più al corrente delle questioni moderne, è quello sulla radiumterapia fatto dalla Laborde; però anche qui, come nei capitoli precedenti, brillano per la loro assenza la citazione dei lavori stranieri, sopratutto italiani. Ad ogni modo questo trattato merita di figurare nella biblioteca di ogni studioso.

P. A.

H. VAQUEZ et E. BORDET. *Radiologie des vaisseaux de la base du cœur*, con 247 illustrazioni. Paris, Baillière et fils, 1920. Prezzo fr. 25.

Dopo aver espletato nelle tre edizioni lo studio del cuore dal punto di vista radiologico, l'illustre clinico ed il geniale radiologo parigino si occupano in questa monografia dello studio dei grossi vasi della base del cuore. I dati radiologici relativi ai grossi vasi hanno acquistato una tale precisione che valeva la pena di raggrupparli in un lavoro d'insieme, che completa la monografia precedente degli stessi autori.

La ricchezza della documentazione ortodiagrafica e degli schemi, da cui il lavoro è corredato, rendono questo libro del massimo interesse anche ai profani di radiologia. Gli autori, dopo uno studio anatomico dettagliato dell'aorta normale e senile, passano a considerare i dati radiologici delle aortiti e fanno una estesa trattazione dei rilievi radiologici nello studio degli aneurismi dell'aorta toracica, delle affezioni dell'arteria polmonare e della vena cava superiore.

L'abbondanza delle considerazioni cliniche fanno del lavoro più un trattato di clinica radiologica che di pura radiologia; esso deve essere conosciuto da chi si voglia occupare in modo particolare della patologia dell'apparecchio circolatorio.

P. A.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Il Congresso internazionale di Medicina e Farmacia militare.

Si è tenuto a Bruxelles, dal 15 al 20 luglio u. s., il Congresso internazionale di Medicina e Farmacia militare. Fu inaugurato al palazzo mondiale sotto l'alto patronato ed alla presenza di S. M. il Re del Belgio e con l'intervento dei ministri, delle autorità militari e delle rappresentanze ufficiali delle nazioni.

L'argomento trattato nella 1ª seduta fu: *Studio clinico e terapeutico dei gas di combattimento impiegati durante la guerra dagli imperi centrali; effetti della loro azione sull'organismo e loro influenza sull'invalidità.*

Il Congresso formulò i seguenti voti:

1º È di suprema importanza che il trattamento dei colpiti da gas, sia durante la guerra organizzato nelle unità sanitarie strettamente specializzate, facilmente spostabili e situate nelle vicinanze immediate del fronte, con formazioni analoghe agli Ospedali dell'esercito francese.

2º Il trattamento dei casi acuti sarà affidato esclusivamente ai medici specialisti in materia di intossicazione da gas di combattimento.

3º Dopo che sarà stata fatta la conferma della diagnosi di intossicazione in un Ospedale specializzato sarà impresso un timbro speciale sul libretto personale del soldato intossicato da gas.

4º La tubercolosi polmonare *confermata* come conseguenza diretta dell'intossicazione da gas si osserva in via del tutto eccezionale.

5º Dai periti saranno presi in considerazione per stabilire la percentuale di invalidità dei militari che subirono l'intossicazione i seguenti disturbi permanenti: *a)* tachicardia (cuore irritabile); *b)* disturbi respiratori cronici (enfisema, asma, bronchiolite fibrosa obliterante); *c)* perdita più o meno estesa dei denti; *d)* neurastenia e nevrosi.

L'argomento della 2ª seduta fu: *Organizzazione generale dei servizi sanitari militari e suoi rapporti con la Croce Rossa.*

3ª Seduta. — *La lotta antitubercolare nell'esercito.* — Per l'Italia Caccia riferisce sulla im-

portante relazione fatta su questo argomento dal ten. col. med. prof. Mendes.

Il Congresso approva le seguenti conclusioni:

1° La lotta antitubercolare nell'esercito per essere efficace deve essere basata anzitutto sulla applicazione rigorosa delle misure d'igiene collettiva ed individuale di cui l'utilità è universalmente riconosciuta e che riguardano l'accasermamento, l'alimentazione, l'educazione fisica, ecc.

2° L'educazione antitubercolare delle collettività militari deve essere coadiuvata da opuscoli, conferenze, conversazioni, ecc.

3° Per le speciali condizioni di sviluppo della tubercolosi è utile istituire per ogni militare la scheda individuale e il libretto sanitario con gli antecedenti e lo stato di salute di esso durante il servizio attivo: possibilmente tali documenti dovrebbero essere mantenuti in regola anche nel periodo del servizio di riserva.

4° Specialmente durante i primi mesi dell'arruolamento tutti i militari debbono essere sottoposti a visite metodiche e ripetute.

5° Non si debbono accettare nell'esercito individui affetti da tubercolosi accertata contagiosa o che possano divenire tali.

6° La selezione per questo scopo sarà fatta in due tempi: durante le operazioni di reclutamento e subito dopo.

7° Per la profilassi si impone la riforma per tutte le manifestazioni contagiose tubercolari.

8° È consigliabile che si facciano ricerche speciali per determinare il valore pratico degli indici numerici e delle valutazioni biometriche proposte per il grado di robustezza nei rapporti con la tubercolosi.

9° È utile istituire speciali servizi per la selezione dei sospetti.

10° Tutti i medici militari dovrebbero fare un corso pratico per la diagnosi precoce della tubercolosi.

11° Per la profilassi nazionale deve stabilirsi una stabile intesa tra le amministrazioni sanitarie civili e le autorità militari per indicare alle suddette i soldati riformati per tubercolosi.

4ª Seduta. — *La lotta antivenerea nell'esercito.* — Per l'Italia riferisce ampiamente sulla vasta organizzazione adottata nell'Esercito italiano il prof. Carruccio.

Il Congresso approva le seguenti conclusioni:

1° Che le malattie veneree siano combattute anzitutto nell'ambiente civile per eliminare i focolai di infezione ed evitare i contagi nell'Esercito.

2° Che in tutti gli eserciti la lotta antivenerea sia organizzata e perfezionata al più presto secondo i seguenti principii:

a) misure di profilassi educativa le più diffuse, le più facilmente attuabili ed istruttive che sia possibile;

b) misure riguardanti la preservazione dell'uomo sano: 1° mezzi di distrazione, cura del soldato, *sport*, ecc.; 2° sorveglianza, in collaborazione con la Sanità civile delle sorgenti di contagio; 3° profilassi individuale pel soldato con gabinetti sanitari e mezzi di disinfezione, ecc.;

c) misure riguardanti gli ammalati: 1° diagnosi precoce; 2° isolamento dei contagiosi; 3° trattamento coi mezzi più efficaci in Reparti specializzati; 4° sorveglianza ulteriore dei malati; 5° al momento del congedo gli ammalati saranno informati dei luoghi di cura civili ove potranno continuare la cura.

5ª Seduta. — *Gli insegnamenti della guerra nel trattamento delle fratture degli arti.* — Per l'Italia riferirono Caccia, che riassunse un suo importante lavoro, e Ferraro. Il Congresso approvò le seguenti conclusioni:

1° La necessità assoluta del controllo costante e frequente della radiografia durante il trattamento ed, occorrendo, al letto del malato;

2° La opportunità di proporzionare la scheggectomia, nelle fratture esposte, ai fini del drenaggio e della disinfezione chirurgica;

3° L'importanza primordiale per il chirurgo di orientare il trattamento fin dai primi giorni in relazione allo avvenire funzionale dell'arto e di ricorrere a tale scopo alle risorse della fisioterapia e principalmente alla mobilizzazione più precoce possibile.

4° La rarità delle indicazioni del trattamento classico delle fratture con l'immobilizzazione mercè apparecchi gessati;

5° La necessità di ridurre gli apparecchi di trasporto in tempo di guerra a qualche tipo elementare, semplice, robusto, adattabile e di facile applicazione;

6° La opportunità dell'organizzazione nel tempo di pace nei grandi centri di servizi specializzati analoghi a quelli di guerra che dispongano di personale competente e di materiale adatto.

6ª Seduta. — *La depurazione delle acque in campagna.* — Per l'Italia riferisce Caccia sulla relazione fatta da Grixoni.

Il Congresso approva le seguenti conclusioni:

1° Nella guerra 1914-1918 la depurazione delle acque negli eserciti alleati è stata in generale assicurata per mezzo del cloro.

2° Si è sopratutto utilizzato il metodo Javel, il cloruro di calce, il cloro liquido;

3° L'impiego di cloro molto esteso come agente di depurazione ha permesso di constatare che esso presenta effettivamente importanti vantaggi;

4° La determinazione delle dosi di cloro, sebbene realizzata in pratica rappresenta ancora una questione un po' delicata;

5° Quando le acque sono torbide bisogna chiarificarle, prima del trattamento, con speciali apparecchi;

6° Allo stato attuale delle nostre conoscenze, l'utilizzazione del cloro per l'epurazione delle acque in campagna sembra debba essere mantenuta;

7° Tuttavia quando sarà possibile si può ricorrere ad altri agenti oltre che ai prodotti chimici;

8° È desiderabile che studi ulteriori siano fatti in tal senso e sopratutto nei processi di sterilizzazione per via fisica, specie quelli basati sull'impiego dei raggi ultra-violetti e dell'ozono.

Finiti i lavori del Congresso è stata nominata una commissione internazionale presieduta dal ge-

nerale medico Wibin per la costituzione di una Associazione internazionale di Medicina e Farmacia Militare. Di essa fanno parte un membro per ognuna delle seguenti nazioni: Francia, Inghilterra, Stati Uniti, Italia (ten. col. med. Caccia), Brasile, Spagna e Svizzera. Segretario il dottor Voncken, segretario gen. del Congresso. L'ospitalità offerta dai colleghi Belgi ai Congressisti è stata quanto mai cordiale e simpatica. Furono offerte ai Congressisti due bellissime ed interessanti gite, una a Spa ed un'altra ad Anversa, ed un sontuoso banchetto di chiusura.

M. CARRUCCIO.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta del 10 giugno 1921.

Presidenza: Prof. G. ANTONINI, vice-presidente

L'Istituto di accertamento diagnostico-profilattico di Milano per la tubercolosi.

G. RONZONI. — Analizzati gli scopi individuali e sociali della lotta antitubercolare quale si deve concepire ora dopo molti anni di lavoro e dopo la diffusione della malattia per la guerra, l'O. accenna alle finalità dirette ed indirette del nuovo Istituto sorto in Milano nella Poliambulanza di via Arena, ne descrive il funzionamento interno, fa un breve riassunto del forte lavoro compiuto nei primi mesi di vita.

Contributo alla conoscenza ed alla terapia delle angiocoliti tifose.

A. CERESOLI. — L'A. distingue tre tipi di angiocoliti tifose: 1° un'angiocolite tifosa latente, dimostrabile solo anatomopatologicamente; 2° una angiocolite tifosa intercorrente che si manifesta con l'ittero durante il decorso di una febbre tifoide; 3° un'angiocolite tifosa post-tifica che si osserva a parecchi mesi di distanza dalla guarigione di un tifo.

Riporta un caso di angiocolite tifosa post-tifica guarito con iniezioni per via parenterale di sostanze emoclasiche: caseina, oro colloidale, vaccino autogeno e soluzioni ipertoniche di glucosio. Le iniezioni ipertoniche di glucosio, a differenza delle altre sostanze emoclasiche adoperate, hanno determinato la scomparsa di tutti i sintomi e la guarigione.

Intervento per calcolosi renale. Nefrectomia in luogo della nefro ovvero della pielotomia.

F. CROSTI. — Presenta l'operata sessantaquattrenne, che offre un bell'esempio di tollerabilità per molti anni dei calcoli renali.

Il calcolo del bacinetto rotondeggiante, non racemoso, di ossalato di calce con tracce di fosfati terrosi pesava gr. 76; gli altri tre dei calici circa 5 grammi.

Caratteristica dell'osservazione — oltre la durata di quasi 50 anni — la possibilità di palpare facilmente il calcolo attraverso le pareti addominali tanto da permettere la diagnosi. Per le aderenze tenaci e per la brevità del peduncolo si usò la forcipressura alla Tansini.

Sul tamponamento asettico dell'utero puerperale.

G. ZUCCHI. — Presenta un tamponatore uterino di cui la caratteristica è di evitare alla garza tamponante quasiasi contatto sia esterno che vaginale.

Seduta del 24 giugno 1921.

Presidenza: Prof. BALDO ROSSI, presidente.

Proteinoterapia nelle forme infettive acute (Caseinoterapia e Coliterapia endovenosa).

G. COLOMBINO e P. PINCHERLE. — La proteinoterapia endovenosa col caseosan (sol. di caseina al 5 %) ha dato ottimi risultati in casi di tifo, paratifo e polmonite; complessivamente discreti in forme puerperali e postabortive.

Con culture inattivate di *bacterium coli* si sono ottenuti analoghi effetti terapeutici nelle infezioni di origine genitale e particolarmente brillanti nelle coli-bacillosi urinarie. Vengono descritte le reazioni generali dell'organismo, e si richiama l'attenzione sull'eventualità, ripetutamente constatata, del costituirsi, dopo tale terapia endovenosa, di raccolte purulente in forme dapprima generalizzate e senza apprezzabili localizzazioni.

La percussione della regione paravertebrale nella diagnosi delle malattie polmonari.

C. GENNARI. — Rileva l'importanza che assume la percussione leggera della regione paravertebrale tra la 4ª e la 6ª vertebra dorsale nella diagnosi di infiltrazione dell'ilo polmonare specialmente nella giovane età dei pazienti.

Nefrectomia per pionefrosi e per raccolta purulenta perirenale da ulcera del colon perforata.

F. CROSTI. — Riferisce una osservazione interessante per rarità della via di infezione perirenale e renale che dilucida la patogenesi di molti ascessi del perinefro e del rene.

Rilievi patogenetici e clinici operativi intorno ad un voluminoso tumore retroperitoneale.

G. CASTIGLIONI. — Riferisce un caso di enorme tumore retroperitoneale (liposarcoma) felicemente operato e che perdura a star bene dopo circa un anno.

C. VALLARDI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMIOTICA E CASISTICA.

Le feci nella dispepsia cronica infantile.

La deficiente digestione dei diversi alimenti dà alle feci i seguenti caratteri (J. L. Morse, *Journ. of am. med. Assoc.*, vol. 75, n. 2):

Grassi. Feci abbondanti, semisolide, acide, schiumose, con notevole quantità di muco; talora secche, dure, grigie o biancastre; odore di acido butirrico. Talvolta i grassi si trovano con l'aspetto di coaguli piccoli, oppure le feci hanno un'apparenza oleosa. Al microscopio, il grasso è presente in varie forme, di solito come acidi grassi o saponi.

Zuccheri. Feci sciolte, gialle, talora verdi, schiumose, acide; odore di acido acetico o lattico. Contengono muco ed irritano la cute. Al microscopio non si osserva nulla di notevole, eccetto che talvolta, in causa della diarrea, si hanno grassi non assorbiti e particelle di cibi troppo rapidamente eliminate per essere digerite.

Amido. Feci sciolte, giallo-brune, talora verdi, spesso schiumose e acide, con odore di acido lattico ed acetico, talora butirrico. Irritano la cute se molto acide. Contengono talvolta muco e costantemente amido inalterato o trasformato in destrina.

Albuminoidi. Feci sciolte, bruniccie, alcaline: odore di putrefazione o di muffa: di solito non contengono muco.

Dispepsia con fermentazione. È caratterizzata dal fatto che le feci sono schiumose e contengono muco: l'acidità o l'alcalinità, come l'odore, variano secondo il tipo di alimento non digerito.

L'esame batteriologico di solito non ha notevole importanza: nelle feci acide per dispepsia da carboidrati predominano i bacilli gazogeni, in quella da albuminoidi, i bacilli della putrefazione. Può avere un certo significato il gruppo dei bacilli dell'acido butirrico. *fil.*

Peritonite pneumococcica idiopatica in bambini.

Ne ha osservato due casi U. Provinciali (*La Pediatria*, 1° maggio 1921). Su uno di essi (bambino di anni 8), si ebbe inizio improvviso con febbre elevata, vomiti, singhiozzo, dolori diffusi all'addome ed esacerbantisi alla pressione. Lingua saburrale, alito fetido, sete intensa, alvo dapprima stittico, poi diarroico con scariche abbondanti e frequenti. Dopo quattro giorni, discesa della febbre con tumefazione progressiva dell'addome; nessun fatto a carico del sistema respiratorio. Dopo 15 giorni, l'esame obbiettivo dimostrava *facies* peritonitica, crosta ematica alla narice e labbro (residuo di erpete febbrile), addome fortemente tumefatto, prominente, dolente alla palpazione, con reticolo venoso; liquido molto abbondante e quindi poco spostabile. Con la paracentesi si estrassero 100 cmc. di pus giallo-verdastro, in cui si dimostrò la presenza del pneumococco di Fränkel e l'assenza del bacillo di Koch.

Laparotomia (estrazione di due litri di pus) e dopo alternative per la temperatura e lo stato del cuore, guarigione.

Nell'altro caso, riguardante una bambina di nove anni, si ebbero sintomi analoghi; morte dopo la laparotomia. Come esiste una pleuropneumonite primitiva da pneumococco, analogamente esiste una peritonite primitiva per lo sviluppo della quale però debbono esistere particolari condizioni di ambiente, di virulenza, di reazione, ecc. Il ciclo morboso nell'infanzia non presenta variazioni anatomiche profondamente diverse; il decorso può essere larvato in entrambe le forme e quindi la diagnosi è ancor meno agevole in quella peritoneale: a fatti più avanzati, a fusione avvenuta, quando il sintoma obbiettivo della raccolta sia palese, le difficoltà si vanno appianando. Nella pratica però la malattia deve passare di solito misconosciuta, come provano i due casi dell'A. in cui la peritonite diplococcica non era stata nemmeno sospettata. I criterii che debbono guidare nella diagnosi sono particolarmente l'inizio brusco con la nota fenomenologia dell'infezione pneumococcica, l'erpete labiale preceduto da coriza, l'iperleucocitosi sopratutto polinucleare, la sierodiagnosi negativa per il tifo ed i paratifi, ed il reperto positivo del pneumococco. *fil.*

La pielite nell'infanzia e nella fanciullezza.

È più frequente nei bambini sotto i due anni, specialmente nel sesso femminile, ed è data, nella gran maggioranza dei casi, dal *Bact. coli*. La diagnosi ne è tutt'altro che facile, in quanto che i sintomi possono essere nulli, oppure svariati e di gravità estrema, come nel tipo fulminante; spesso essi simulano una malattia del sistema nervoso centrale (*Medical Record*, 7 maggio 1921). Anche l'esame dell'urina può lasciare non pochi dubbi; quando si potrà parlare di piuria? bastano per ciò 6-8 globuli bianchi per ogni campo in un'urina non centrifugata? debbono questi essere in ammassi? Non si può fornire una risposta assoluta, ma solo giudicare caso per caso, eventualmente tenendo conto del criterio terapeutico.

Per quanto riguarda la cura, in considerazione che il *Bact. coli* cresce bene anche in terreni acidi, si era proposta una terapia a

base di alcalini; il concetto è errato poichè il *B. coli* è molto tollerante anche per questi. Comunque questo modo di cura è il più popolare. La vaccinoterapia può guarire i sintomi generali senza agire sulla malattia stessa.

fil.

Polineurite difterica fatale in un neonato.

In un bambino di un mese si erano osservati malessere e debolezza degli arti: il bambino da tre settimane starnutiva frequentemente, ciò che era stato attribuito a semplice raffreddore: in quel tempo, nella stessa casa un altro bambino era stato ricoverato all'ospedale per difterite.

All'esame C. Looft (*Medicinsk Revue* e *Medical Review*, marzo 1921) trovò paralisi di tutti gli arti nonchè dei muscoli del collo e di quelli innervati dalla branca inferiore del facciale; vi era assenza dei riflessi ed anestesia, salvo in due punti in cui si notava iperestesia. L'esame batteriologico del secreto nasale dimostrò la presenza di bacilli difterici: non venne data antitossina: il bambino morì otto giorni dopo.

In mancanza dell'esame batteriologico, sarebbe probabilmente stata fatta diagnosi di malattia di Heine-Medin, a cui si associa la polineurite.

La paralisi difterica del neonato è assai rara: Hennig ne riporta un caso (paralisi del palato e del braccio destro) consecutivi a difterite dell'ombelico, seguita poi da guarigione. Invece non è affatto rara la difterite nei neonati: essa va sospettata quando il neonato starnuta spesso, ha otite o lesioni cutanee specialmente alla regione ombelicale. La prognosi della difterite ombelicale dipende dalla virulenza dei bacilli: comunque il trattamento con l'antitossina va sempre tentato.

fil.

Ipertiroidismo della pubertà.

Pototzky (*Deutsch. mediz. Wochensch.*, 1921, n. 4) distingue:

1. Lo struma della pubertà; tumefazione tiroidea fisiologica, senza sintomatologia;

2. L'ipertiroidismo pseudoclorotico della pubertà (pseudoclorosi di R. Müller): caratterizzato da leggera tumefazione della tiroide, pallore, facile stanchezza; talvolta eccitabilità della azione cardiaca e sintomi psichici: manca l'esoftalmo ed il reperto ematologico della clorosi;

3. Basedowoide della pubertà, in ragazze della età pubere e prepubere (10-13 anni). Tiroide con notevoli ingrossamenti, che allargano la regione del collo; non si hanno pulsazioni, nè soffi. Esoftalmo evidente, anche se non accentuato; costante il sintoma di Graefe. Fra i sintomi subbiettivi, predominano quelli nervosi generali: dolori localizzati alla regione ombelicale ed ai quadranti inferiori, inquietudine, insonnia, sudori.

Su tali casi l'A. trovò utile l'organoterapia ovarica. Questa forma costituisce il termine di passaggio al morbo di Basedow.

fil.

TERAPIA

Trattamento del vaiuolo con applicazioni esterne di permanganato di potassio.

A. Balfour (*Journ. of trop. med. and hyg.*, 15 febbraio 1921) ha usato con successo il metodo preconizzato da Dreyer nel 1910. Quando il paziente è ammesso all'Ospedale, si spennella tutto il corpo con una soluzione fresca al 5 %, di permanganato di potassio; l'applicazione si ripete nei giorni successivi, usando, se la pelle è troppo sensibile, una soluzione più debole (1.5 %).

Gli effetti di tale trattamento sono duplici: da un lato per l'azione della luce — che diventa rossa a traverso lo strato di soluzione —, dall'altro per l'azione germicida ed ossidante del permanganato, per cui si ottiene deodorazione e disinfezione, si diminuisce il processo suppurativo e si prevengono complicazioni, formazione di ulceri ed anche sepsi generale. Ne viene così aumentata la percentuale di guarigioni. Anche l'igiene se ne avvantaggia, diminuendosi le possibilità di infezione.

L'applicazione del metodo è stata fatta specialmente ai tropici, fra gli indigeni, nei quali il vaiuolo è sempre di gravità eccezionale.

fil.

Il trattamento della pustola carbonchiosa.

Il Ministero inglese della Salute pubblica, nelle sue istruzioni del 28 febbraio 1921, consiglia, oltre al riposo della parte affetta, l'iniezione endovenosa di siero anticarbonchioso: 60-80 cmc. il primo giorno, 60 il giorno seguente se non vi è stata reazione (aumento di temperatura) e se lo stato generale non è migliorato. Non è necessario escidere: si possono anche fare iniezioni sottocutanee di 30 cmc. alla parete addominale. Sopra un totale di 800 casi, vi sarebbe la mortalità di 4 % in quelli trattati col solo siero, mentre sale a 11,1 in quelli trattati con la sola escisione, del 14,4 nei trattati con siero ed escisione e del 48,3 in quelli senza speciale terapia. Dette istruzioni sconsigliano nettamente l'escisione. W. H. Ogilvie e A. W. Hall (*British med. Journ.*, 8 giugno 1921) osservano che dalla citata statistica non risulta

che l'escisione non sia necessaria: se quest'ultima fosse dannosa, si avrebbe una mortalità maggiore che nei malati senza nessun trattamento. Non è improbabile che i casi trattati con solo siero fossero affatto leggeri ed includessero anche pustole di dubbia natura forse anche non carbonchiosa, mentre forse i casi gravi sono stati curati con entrambi i metodi.

L'essenziale perchè si possa trarre qualche conclusione dai dati statistici è che si possa esser sicuri della diagnosi: la statistica dell'ospedale Guy comprende solo 48 casi, tutti però con diagnosi rigorosamente accertata: la mortalità è stata 25 % con il solo siero, 16.6 con la sola escisione, 8,1 con il siero e l'escisione. Per una malattia che dà il 50 % di mortalità, è già questo un buon risultato, che consiglia quindi in prima linea l'escisione, associata con il trattamento col siero. Tutto questo per i casi in cui non sia ancora sopraggiunta la setticemia.

fil.

Cura rapida delle neuralgie intercostali.

B. Maurel (*Journ. d. praticiens*, 28 maggio 1921) consiglia di identificare lo spazio, o gli spazii intercostali interessati, di applicare una ventosa scarificata ad ogni punto di emergenza costovertebrale del nervo affetto. A partire poi da questo punto, spennellare la striscia di cute sovrapposta al relativo spazio intercostale con una miscela di laudano ed oppio a parti uguali, ricoprendo poi con taffetà, cotone e facendo una fasciatura del torace. La guarigione si ottiene di solito con una sola seduta.

fil.

IGIENE.

I bagni e l' igiene della pelle.

Nei bagni di acqua comune (esclusi quindi quelli minerali o medicati), oltre all'azione generale sull'organismo, dovuta essenzialmente alla temperatura, si deve considerare anche l'azione diretta sullo strato cutaneo. È ovvio che esso agisce favorevolmente nel senso di allontanare prodotti secretivi e sporcizia atti a favorire la vita di microrganismi patogeni ed a virulentare i comuni innocui saprofiti della pelle.

P. L. Bosellini (*Giorn. del Medico pratico*, anno II, n. 8) però fa giustamente osservare come la pelle e l'organismo siano protetti dal grasso (colesterina ed acido oleico) che, a guisa di vernice, ricopre tutta la superficie cutanea e che quando cessino certe condizioni della pelle e dell'acqua, quest'ultima attacca e macera l'epidermide cornea, la fa cadere, ne penetra gli strati più profondi e risveglia una irritazione nell'epidermide sensibile e nel derma: insorge allora uno stato dermitico per lo più eczematoide.

Ciò accade quando la pelle perde il normale ingrassamento; gli stati morbosi generali, per lo più disordini ed intossicazioni alimentari o stati depressivi generali, possono alterare la secrezione quantitativa o qualitativa del grasso cutaneo: azioni locali meccaniche, come l'attrito (pieghe cutanee degli obesi), i solventi dei grassi (alcool, etere, ecc.), i secreti del corpo, il freddo che diminuisce l'attività epidermica, il caldo che fa fluire abbondante sudore sono tutte condizioni che diminuiscono la quantità del grasso. Anche l'acqua può portare con sè sostanze minerali atte a dissolvere, ad allontanare i grassi ed a diminuire la secrezione; l'azione è tanto più nociva con l'uso eccessivo di sapone.

In tali condizioni, il bagno, tanto più se lungo e ripetuto, provoca la dermite; ciò si verifica con maggiore frequenza ed intensità nei bambini, specialmente lattanti, in cui i disturbi tossici d'origine alimentare alterano la secrezione sebacea della pelle, rendendo questa più sensibile: le feci diarroiche, le urine iperacide contribuiscono a loro volta, in certe regioni del corpo, a macerare e ad irritare l'epidermide. Condizioni analoghe di sensibilità esagerata si hanno anche in certi soggetti adulti, come negli obesi, nei biondi, negli iperidrotici, nei linfatici.

Deplorevole è poi l'abitudine di dare il bagno quando la dermite è già conclamata, esercitando in essa un'azione vulnerante, che non viene affatto attenuata con l'aggiunta di crusca o di amido, ovvero usando saponi detti medicinali. Al primo sentore della dermite, anzi, il bagno va senz'altro sospeso, provvedendo, oltre alla terapia generale, ad ingrassare la pelle (con lanolina, spermaceti, cera bianca, mescolati con vaselina purissima, con olio di mandorla o di oliva, per fare i così detti cold-cream) e ad applicare le varie polveri assorbenti. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1409) *L'uso dell'ouabaina negli scompensi cardiaci con tachiaritmia.* — All'abb. n. 4277, S. Angelo in Villa:

Riusciti vani i tentativi con la digitale, è indicato l'uso della ouabaïna negli scompensi cardiaci: all'ouabaïna viene attribuita la proprietà di stimolare elettivamente il miocardio; essa ne aumenta il tono, mentre eleva la pressione, e non dà modificazioni della conducibilità e dell'eccitabilità. La contrattilità del miocardio sembra favorevolmente influenzata, secondo Vaquez, in maniera indiretta; ridivenuto normale il tono della fibra muscolare, questa reagisce più facilmente alla contrazione.

Per l'uso dell'ouabaïna si devono seguire le seguenti norme: somministrarla alla dose di *un quarto di milligrammo, per iniezione endovenosa;* tale dose può essere ripetuta per tre, quattro, cinque giorni. Le iniezioni endovenose devono essere praticate con grande cura, perchè il liquido nel sottocutaneo ha azione fortemente irritante. Potrà acquistare la ouabaina nel Laboratorio Nativelle, Boulevard de Port-Royal, 49, Paris.

L'uso del rimedio non risparmia l'esatta osservanza delle norme igieniche ed alimentari nei cardiaci scompensati, quali l'assoluto riposo, la dieta ridotta con scarsi liquidi e ipoclorurata, la regolazione e lo stimolo dell'alvo con derivativi, se necessari, ecc.

Quanto alla tachiaritmia nulla si può prevedere se non si diagnostica esattamente la origine di essa oltre che con l'esame del malato con l'elettrocardiografo e con le grafiche.

Anche le tachiasistolie da vibrazione auricolare o da fibrillazione possono scomparire, se si tratta di uno dei primi accessi di tachiaritmia; non si modificano più, se anche il cuore idraulicamente sembri compensato, quando hanno dato luogo alla così detta aritmia perpetua. L'uso dell'ouabaïna può essere un utile mezzo per la prognosi dell'aritmia.

t. p.

(1410) *La febbre reumatica.* — Al dott. St. Gr., Rosignano, abb. n. 3398:

Le *cause reumatizzanti* hanno costituito per molti anni una delle ragioni preferite di malattie, specialmente di quelle che si annunziavano con fenomeni dolorosi, senz'altro definiti come reumatici. L'associazione di dolori diffusi e vaganti con una passeggera affezione febbrile, di cui sfugga sempre la causa dimostrabile, hanno creato la denominazione di *febbre reumatica.* In realtà s'è molto lontani dall'avere dimostrato che dette febbri siano veramente *reumatiche,* o che rappresentino una forma clinica incompleta del reumatismo articolare acuto; in attesa di una distinzione più esatta nosologica ed etiologica, noi ci contentiamo per ora di chiamarle « affezioni febbrili acute ».

La denominazione « febbre reumatica » *come entità nosologica,* deve essere soppressa; con tali parole si può solo riferirsi alla febbre che accompagna il reumatismo articolare acuto.

t. p.

(1411) Al dott. G. R., abbonato 11793:

Sulla cura della sciatica è già stato risposto. Quanto alle cure empiriche a base di erbe, rimedio adottato fra gli altri dalla nota donna di Cassano d'Adda, dove ora vi è anche una casa di cura; non si conosce naturalmente la precisa composizione del preparato. Sembra che trattisi della radice di *Ranunculus sceleratus;* da tali empirici il rivulsivo si applica alla pianta dei piedi.

fil.

VARIA

Un raffronto.

Il dott. Désesquelle pubblica sul *Bulletin du Syndacat médical de Paris,* 1921, il seguente trafiletto:

« Ultimamente fui requisito dal Commissario di polizia del mio quartiere per esaminare il cadavere di una giovane domestica di 26 anni, trovata morta nella sua camera, e per redigere una relazione medico-legale sul decesso. Il 2 febbraio ricevetti dalla Prefettura di polizia un buono, per il pagamento della somma di *sei franchi,* in compenso dell'esame e della relazione.

« Qualche giorno prima, durante una visita ad una portiera del mio rione, un guidatore di *camion* portò un barile di vino per un affittuario della casa e lo discese in cantina. Passarono dieci minuti — l'orologio alla mano — tra l'arrivo e la partenza. Quel lavoro gli fu pagato cinque franchi: pare che si tratti di una tariffa moderata.

« Io guardai dalla finestra il brav'uomo allontanarsi con aria soddisfatta e contai cinque barili sul suo *camion.* Felice mortale! Povero medico! ».

Dal che si desume che oggi tutto il mondo è paese...

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Clinici ed ospedalieri.

Il prof. Cignozzi, di Grosseto, continua su *L'Avvenire Sanitario* la campagna iniziata da tempo sulla necessità della organizzazione dei medici ospitalieri, svolgendo il programma, che deve costituire la meta da raggiungere.

L'iniziativa del prof. Cignozzi è veramente encomiabile e meritevole dell'unanime consenso da parte dei colleghi, in quanto che nell'azione che egli svolge la difesa professionale s'ingrana col miglioramento degli istituti ospedalieri.

Tra l'altro egli sostiene che l'ospedale dovrebbe essere l'ambiente di esercizio professionale e della ginnastica tecnica per i medici pratici, per coloro che devono affrontare la responsabilità ed i disagi della condotta. Nell'ospedale il laureato dovrebbe trovare il campo di suo esercizio.

L'ospedale, oltre che il luogo di cura dei malati, deve servire di studio e di perfezionamento non solo per il primario, ma anche per i medici che esercitano nel raggio di azione di esso.

A dir vero nei grandi centri la funzione educativa ed istruttiva degli ospedali è già in atto tal quale la definisce il prof. Cignozzi. Converrebbe ora estenderla alle provincie. Come nelle grandi città, la funzione degli ospedali nei riguardi della preparazione professionale dei medici è sorta e si è sviluppata spontaneamente senza bisogno di artificî legislativi, unicamente perchè scaturiva dalla necessità; così si svilupperà nelle provincie dove l'elemento sanitario ospedaliero tende ad affermarsi sempre più scientificamente e con propositi didattici.

Tuttavia, a scanso di generalizzazioni pericolose, non si può fare a meno di rilevare, e forse sarà d'accordo il prof. Cignozzi, che dovendo l'ospedale essere la scuola pratica di applicazione, la palestra nella quale il medico deve acquistare il tecnicismo indispensabile alla sua attività professionale, nell'ospedale, a meno che beninteso non si tratti di corsi per studenti, non può trovar posto l'insegnamento cattedratico e tutto ciò che arieggi ad imitarlo.

Negli ospedali il medico deve essere ammesso come assistente o aiuto a disimpegnare mansioni di responsabilità, senza di che il suo senso critico ed il suo spirito di iniziativa non si potrà affermare e sviluppare. Donde la necessità, che già feci presente altra volta, che i posti di assistente, tanto nei grandi come nei piccoli ospedali, nei grandi come nei piccoli centri, siano numerosi e che la durata del servizio sia quanto più è possibile breve per modo che la rotazione frequente permetta ad un gran numero di medici di beneficiare del vantaggio della pratica ospedaliera.

Un altro punto dell'esposizione programmatica del prof. Cignozzi merita di essere discusso, ed è quello riguardante la « schiavitù » a cui sarebbero assoggettati gli ospedali da parte delle cliniche, ed i relativi propositi di riscatto. Il prof. Cignozzi non si è saputo liberare da quei pregiudizievoli preconcetti, di che soffre ogni buon medico, per i quali tutti i malanni, tutte le disgrazie, tutte le disavventure dei medici dipendano dalla malvagità o dalla scorrettezza dei colleghi.

Riservandoci di tornare sulla questione, che minaccia di ingrossare a furia dell'autosuggestione di parole grosse, amiamo riportare qui le serene parole con cui il prof. Taddei replica al Cignozzi:

« Non trovo giusto parlare di *vassallaggio e di schiavitù universitaria* dei primari di ospedale, creando o accentuando un antagonismo che non esiste e non deve esistere.

« Il personale di Clinica — scrive il Cignoz-« zi — non invada il nostro campo dopo inutili « lustri (?) di accaparramenti di posti a sca-« pito degli stessi Ospedali ».

« Ma, di grazia, in grandissimo numero i primari più eminenti chi sono se non allievi di Cliniche universitarie?

« Perchè un giovane, che va in una Clinica e col sacrifizio di anni, senza previsione di carriera universitaria (per necessità riserbata a pochissimi), assorbe tutto quello che l'ambiente, il materiale, il maestro possono dare, e che poi con tale ricco bagaglio pratico, materiato di quei fondamenti scientifici, senza dei quali la pratica diventa un mestiere, una *routine* o un empirismo, perchè, dico, un giovane così preparato dovrebbe essere escluso dalla carriera nobilissima dell'Ospedale? Perchè dovrebbe essere sottratto al malato d'Ospedale chi può dargli veramente il benefizio, che proviene da un magnifico tirocinio?

« L'Ospedale e la Clinica non possono non andare paralleli.

« Non comprendo che intenda dire il Cignozzi quando scrive: « la Clinica ospedaliera « professionalmente e terapeuticamente comin-« cia ad individualizzarsi e a differenziarsi « dalla Clinica universitaria ». Ma come? e da quando? La scienza e la pratica sono le stesse

se esercitate con coscienza tra i muri di una Clinica o tra quelli di un reparto ospedaliero.

« Quello che conta è la coscienza dell'uomo che lavora sia tra quelle o sia tra queste mura.

« Se si creassero, come le chiama il Cignozzi, delle « Cliniche ospedaliere » fuori di ogni controllo, resterebbe a vedersi quali sarebbero (a parte le debite e per fortuna non scarse eccezioni) i vantaggi per la scienza e per la pratica dei frequentatori.

« Del resto, dove sono primari di valore, esistono già in Italia delle scuole mediche fiorenti presso certi ospedali.

« L'« inframmettenza universitaria » non esiste verso i primari ed il personale ospedaliero. Se così, ed a torto, si vuole qualificare la parte che hanno i Clinici nelle Commissioni di concorso e se tale parte si riuscisse oggi ad eliminare, si parlerebbe domani di una « inframmettenza ospedaliera ».

« I bocciati, i presuntuosi, domani chiederebbero di essere resi indipendenti (?) dai primari di ospedale di maggiore importanza, che per merito di attività scientifica o pratica, per superiorità morale, o anche, se si vuole, per cameratismo, saprebbero farsi più largo posto e riuscire a svolgere larghe influenze.

« Non alimentiamo antagonismi tra frazioni di classi o di categorie: cerchiamo piuttosto di riunire tutte le forze mediche per non snaturare gli scopi della nostra alta missione professionale, al disopra di interessi particolari od egoistici, senza veli di invidia o di presunzione.

« Ben altri problemi, specialmente finanziari, offre oggi la questione ospedaliera in confronto di quello che mirerebbe ad elevare una barriera tra personale di Clinica e personale ospedaliero, barriera che è da vedersi se riuscirebbe più dannosa al primo o al secondo, ma che certo riuscirebbe dannonissima all'elevazione scientifica italiana ». *Pangloss.*

Cronaca del movimento professionale.

La "reciprocità" concessa ai medici italiani in Russia.

Ricordiamo che la Federazione degli Ordini dei Medici Italiani aveva deliberato nel Congresso tenuto a Roma nel novembre scorso: « che siano iscritti negli Albi dei medici-chirurgi del regno solamente quei cittadini che abbiano conseguito il diploma professionale in uno Stato estero che abbia concesso il diritto di reciprocità ai laureati di medicina in Italia, rifiutando il diritto all'esercizio della medicina ai medici stranieri laureati in Italia appartenenti a nazioni che ci hanno rifiutato la reciprocità ».

La Sezione medico-sanitaria della Delegazione della Repubblica dei Sovieti in Italia ha informato della deliberazione suesposta il Commissario della Salute Pubblica, N. Semascko, il quale ha così risposto al capo della Delegazione R. S. F. S. R. in Italia, ing. V. Vorosovsky:

« Il Governo degli operai e contadini della Russia dei Soviet, stimando ed apprezzando il lavoro, indipendentemente dalla nazionalità e dall'origine del lavoratore, ed essendo estraneo ai pregiudizii di razza e di nazionalità, riconosce a chiunque può presentare le prove della sua preparazione professionale medica, il diritto d'esercizio professionale medico sul territorio della Repubblica Russa.

« Mentre di ciò vi do comunicazione, vi prego di informare la Federazione Italiana Medica e le Istituzioni Governative, che si concede alle persone di nazionalità italiana, fornite di laurea medica delle Università, il diritto professionale e scientifico-medico sul territorio della Repubblica Russa dei Soviet; a condizione, naturalmente, del riconoscimento di tutti i vigenti decreti che regolano la professione medica nella Russia dei Soviet ».

Il Commissario della Salute Pubblica: *N. Somascko.*

Il Reggente dell'Ufficio d'Informazione estera presso il Commissariato della Salute Pubblica: Dottore *I. Kalina.*

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9038) *Pensione.* — Dott. A. R. da F. — Il *Policlinico* si è anche recentemente occupato dell'argomento delle pensioni e dei pensionati. Col nuovo progetto a Lei competerà la pensione di lire 2057 in luogo di quella di lire 1038 già liquidata.

(9039) *Diritti acquisiti - Tasse.* — Dott. A. L. S. da T. del P. — Dal momento che il nuovo capitolato fa salvi i diritti eventualmente acquisiti dal sanitario, Ella deve, come per il passato, ricevere lo stipendio netto di R. M. in quanto che l'esenzione dal pagamento di detta imposta, debitamente accordata ed approvata, costituisce un diritto acquisito pel beneficiato. La esenzione, però, non si estende agli altri emolumenti del sanitario e, cioè, alla indennità ufficiale sanitario, alla indennità ambulatorio, ai mezzi di trasporto quando sono ricompensati in cifra fissa. Tale tassa colpisce anche la indennità caro-viveri, nella misura dell'8,65 %.

Doctor JUSTITIA.

Per i medici nelle Colonie francesi. — Al dott. A. I. da R. e altri:

La notizia inserita nel fascicolo del 4 aprile era riportata dal « Journal des Praticiens », parte professionale, pag. CLXXXVIII. La riproduciamo integralmente:

« *Les grandes colonies françaises demandent des* « *médecins.* — Les docteurs en médecine, pourvus

«du diplôme d'études coloniales, sont demandés «pour servir dans nos possessions de l'Afrique «occidentale française; des contrats leur assurent «une situation pécuniaire de début de 25 à 26,000 «francs environ par an, soit: 20,000 fr. de solde; «1,500 à 2,000 francs d'entrée en campagne; 3,000 «à 5,000 francs d'indemnités diverses.

«Les autres grandes colonies, Indochine, Mada«gascar, Afrique équatoriale française feront très «prochainement appel aux médecins civils euro«péens dans des conditions analogues.

«Les termes de ces contrats et les formalités à «accomplir feront à bref délai l'objet d'avis of«ficiels».

La notizia, che ha carattere ufficiale, parla dunque di medici civili *europei;* non sappiamo comprendere perciò come il Console e per esso il Ministero delle Colonie francesi, abbia potuto dichiarare invece che «tous les emplois de médecins relevant du Departement des Colonies sont exclusivement réservés aux français ou naturalisés français».

Per il diploma di medico coloniale, si tengono dei corsi a Parigi, Liverpool, Amburgo, Napoli (presso la Scuola d'Igiene e Biologia Coloniale annessa al R. Istituto Orientale), ecc.

R. B.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

62. Provincia di *Girgenti*: Dottori: Martinez Alfonso, Girgenti, L. 250 — Castellana Guglielmo, Castrofilippo, L. 200 — Bongiorno Luigi, Comitini, L. 200 — Valenti Calogero, Favara, L. 200 — Giuffrida Francesco, Montevago, L. 200 — Curabba Salvatore, Raffadali, L. 200 — Rampello Giuseppe, Raffadali, L. 200 — Caruso Enrico, Girgenti, L. 150 — Amorelli Rizzuto, Alessandria, L. 150 — Saleva Giuseppe, Aragona, L. 150 — Cacciato Vincenzo, Cammarata, L. 150 — Bello Salvatore, Campobello, L. 150 — Adamo Nicolò, Canicattì, L. 150 — Castiglione Rosario, Casteltermini, L. 150 — Bonelli Michele, Montallegro, L. 150 — Veronica Domenico, Porto Empedocle, L. 150 — Burruano Francesco, Racalmuto, L. 150 — Gallo Calogero, Ravanusa, L. 150 — Taglietti Giovanni, Ribera, L. 150 — Marraccini Luigi, San Biagio Platani, L. 150 — Alessi Pietro, San Giovanni Gemini, lire 150 — Testone Calogero, Sciacca, L. 150 — Moscato Carmelo, Siculiana, L. 150 — Arcobasso Calogero, Villafranca, L. 150 — Gugino Davide, Santo Stefano Quisquina, L. 100 — Rampello Carmelo, Sant'Angelo Muscaro, L. 100 — La Genga Leonardo, Sambuca Zabut, L. 100 — Fiorica Francesco, Realmonte, L. 100 — Mangiavillani Giuseppe, Palma di Montechiaro, L. 100 — Palmeri Vincenzo, Naro, L. 100 — Tito Giuseppe, Menfi, L. 100 — Castelli Alessandro, Licata, L. 100 — Borsellino Giovanni, Cattolica, L. 100 — Sillitti Liborio, Campobello, L. 100 — Curatolo Pietro, Campobello, L. 100 — Castelli Cesare, Camastra, L. 100 — Turturici Giuseppe, Caltabellotta, L. 100 — Leonardi Giuseppe, Calamonaci, L. 100 — Trafficante Tommaso, Burgio, L. 100 — Trizzini Lorenzo, Bivona, L. 100 — Carrara Pietro, Girgenti, L. 100 — Vadalà Pietro, Girgenti, L. 100 — Tuttolomondo Angelo, Girgenti, L. 100 — Bonfiglio Vincenzo, Girgenti, L. 100.

63. Provincia di *Messina*: Dottori: Zingales Giuseppe, San Marco Alunzio, L. 200 — Tomaselli Giovanni, Santa Lucia Mela, L. 200 — Coglitore Attilio, Patti, L. 200 — Lombardo Paolo, Messina, L. 200 — Francs Tommaso, Santo Stefano di Camastra, L. 150 — Didino Michele, Caronia, L. 150 — Garipoli Mario, Tetoianni, L. 150 — Sofia Giuseppe, Novara Sicilia, L. 150 — Stapino Faranda, Milazzo, L. 150 — Piraino Giuseppe, San Filippo del Mela, L. 150 — Mastrocinque Teodoro, Graniti, L. 150 — Mingario Nicola, Sapizzi, L. 150 — Motta Paolo, Barcellona, L. 150 — Bartolotto Tommaso, Mistretta, L. 150.

64. Provincia di *Roma*: Dottori: Cesetti Biagio, Capodimonte, L. 250 — Balducci Ilario, Paliano, L. 220 — Baldasserini Angelo, Sezze, L. 200 — Senerchia Giovanni, Ripi, L. 200 — Buglione G. Battista, Alatri, L. 200 — Martelli Ludovico, Veroli, L. 200 — Di Biagio Fernando, Grotte di Castro, L. 200 — Baldasserini Girolamo, Zagarolo, L. 200 — Antonelli Giuseppe, Viterbo, L. 160 — Brunetti Romualdo, Vetralla, L. 160 — Gentili Alberto, Albano Laziale, L. 150 — Travaglini Fortunato, San Felice Circeo, L. 150 — Cammillucci Egisto, Velletri, L. 150 — Bonome Matteo, Villa Santo Stefano, L. 150 — Pietrosanti Americo, Roccasecca dei Volsci, L. 150 — Miracapillo Gennaro, Celleno, L. 150 — Palazzeschi Manlio, Piansano, L. 150 — Massari Michele, Rocca Priora, L. 140 — Ariola Luigi, Cave, L. 140 — Paolelli Filippo, Sermoneta, L. 135 — Lombardi Vincenzo, Moricone, L. 130 — Martulli Zeffiro, Rignano Flaminio, L. 120 — Marseglia Domenico, San Polo de' Cavalieri, L. 120 — Massimi Adorno, Anagni, L. 120 — Maggiore Giuseppe, Jenne, L. 100 — Rusconi Camillo, Montecelio, L. 100 — Fantini Felice, Tivoli, L. 100 — Sivignani Giuseppe, Vivaro Romano, L. 100 — Busani Carlo, Monterotondo, L. 100 — Bonadonna Antonio, Olevano Romano, L. 100 — Valletta Filippo, Marino, L. 100 — Galanti Fausto, Montelibretti, L. 100 — Duca Gaetano, Canale Monterano, L. 100 — Lamagna Domenico, Genazzano, L. 100 — Marchetti Gioacchino, Castel Gandolfo, L. 100 — Teretola Carmine, Castel Madama, L. 100 — Suppa Ciro, Leprignano, L. 100 — Foschitto Antonio, Monterosi, L. 100 — Alichanian Armenak, Trevi nel Lazio, L. 100 — Perilli Alfredo, Vallecorsa, L. 100 — Benvenuti Gaetano, Bomarzo, L. 100 — Dinia G. Battista, Capranica, L. 100 — Lombardi Nicola, Carbognano, L. 100 — Moretto Teodorico, Castiglion Teverina, L. 100 — Grella Carlo, Faleria, L. 100 — Despuches Antonio, Gradoli, L. 100 — Rolli Luigi, Bagnorea, L. 100 — Benedetti Ernesto, San Lorenzo Nuovo, L. 100 — Simonetri Enrico, Calcata, L. 100 — Loffredi Nicola, Ronciglione, L. 100 — Pietrangeli Giovanni, Tolfa, L. 100.

Previdenza.

Gli effettivi della Mutua istituita tra i medici condotti non aumentano come dovrebbero. Troppi medici, esitanti o decisamente imprevidenti, non compiono lo sforzo d'inscriversi nei ranghi del benefico Istituto.

Astenersi è un tradimento fatto a sè stessi ed alle proprie famiglie.

CONCORSI.

ALBEROBELLO (*Bari*). — Scad. 30 settembre. Vedi fasc. 38.

ASSISI (*Perugia*). — 2ª condotta. Scad. 25 sett. L'annunzio non ci è stato rimesso in tempo per darne utile notizia.

BASSANELLO (*Roma*). — Scad. 30 sett., L. 7000 iniziali, caro-viv., L. 500 per disag. resid. e L. 300 per uff. sanitario.

BARDINETO (*Genova*). — Scad. 30 settembre. Vedi fasc. 38.

BERGANTINO (*Rovigo*). — Scad. 30 settembre. Vedi fasc. 38.

CÀ D'ANDREA (*Cremona*). — Scad. 30 settembre. Vedi fasc. 38.

CARRARA. — Scadenza 30 sett. Vedi fasc. 38.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Scadenza 30 settembre. Vedi fasc. 38.

COLLALTO SABINO (*Perugia*). — Consorzio con Collegione e Nespolo; a tutto il 30 sett.; L. 6000; c.-v.; L. 2 ogni povero oltre i 1000; L. 1000 disag. resid. e disag. servizio; L. 1000 per resid. povera finchè il numero degli abbienti sarà infer. a 300; L. 1500 per cav. e L. 500 per uff. san.; 3 quinquenni del decimo. Servizio entro 20 giorni.

FERRIFRE (*Piacenza*). — Capitolato-tipo. Scadenza 30 settembre.

GIULIANO DI ROMA (*Roma*). — Scad. 30 sett. L. 7000 per 2000 pov., L. 1.50 ogni povero in più, 5 quadr. del decimo, L. 300 per uff. sanitario.

MAGIONE (*Perugia*). — Condotta capoluogo residenziale; L. 6000, caro-viv., 5 sessenni, per cavalc. L. 2000 Rivolgersi alla Segreteria. (Nel testo rimessoci non è indicata la scadenza).

MONASTIER DI TREVISO (*Treviso*). — L. 6000 fino a mille poveri, L. 2 ogni povero in più, mezzi trasporto L. 2500, uff. san. L. 400, caro-viv. Abitanti 4200 circa. Tutta in pianura, buone strade. Scad. 30 settembre.

LEONESSA (*Aquila*). — Scad. 30 sett. Vedi fasc. 38.

LETOJANNI-GALLODORO (*Messina*). — Proroga 30 settembre. Vedi fasc. 38.

MONTE PORZIO CATONE (*Roma*). — Scad. 30 sett. Vedi fasc. 38.

MORIAGO (*Treviso*). — A tutto 30 settembre. Vedi fasc. 38.

OTRICOLI (*Perugia*). — Scad. 30 settembre. Vedi fasc. 38.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — A tutto 30 settembre. Vedi fasc. 38.

RAMACCA (*Catania*). — Condotta pel capoluogo; L. 5000, due caro-viv., 5 quinquenni del decimo. Scad. 2 nov.

ROMANO DI LOMBARDIA (*Bergamo*). — Scad. 30 settembre. Vedi fasc. 38.

S. CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 31 ottobre. Medico-chirurgo della terza condotta del Comune con residenza nella frazione di Palazzone. Stip. L. 5000 con otto aumenti triennali del ventesimo, oltre L. 3000 per il mezzo di trasporto e la indennità caro-viv. nella misura stabilita per gli impiegati governativi.

S. PIETRO AL NATISONE (*Bergamo*). — Ab. 1315; L. 6000 per 1000 pov., 3 quinquenni del decimo, L. 2000 cavallo, L. 500 ambulat., L. 600 uff. san. Scad. 30 settembre.

SOPRAPONTE e VALLIO (*Brescia*). — Scad. 30 settembre. Vedi fasc. 38.

VALSINNI (*Potenza*). — Scad. 31 ottobre. Condotta per i poveri. Stipendio L. 3000 aumentabili per sei quadrienni. Diritti e doveri come da capitolato-tipo provinciale.

VARAPODIO (*Reggio Calabria*). — Scad. 30 settembre. Vedi fasc. 38.

VIGOLO PARZANICA (*Bergamo*). — Ab. 2100. Lire 6500 per 1000 pov., L. 500 uff. san., L. 1300 mezzo trasp., L. 700 disagiata resid.; abitazione e orto gratis. Doppio caro-viv. Scad. 30 settembre.

Medico-chirurgo ventinovenne assumerebbe buon interinato preferibilmente Riviera Ligure o Adriatica. Scrivere al dottor Giandomenico Piermarini - Castel di Casio (Prov. di Bologna).

Medico-chirurgo, 21 anni di pratica, munito di strumentario, versato in chirurgia, cerca buon interinato o altra confacente occupazione. Scrivere: dottor N. Muglia - f. posta - Roma.

Diffide.

Nuove diffide: Saccolongo (Padova), Tricerro e Buronzo (Novara), Orsomarso (Cosenza), Ridolfo (Udine), Boccolo dei Tassi (Piacenza), Palazzone (Siena) per fraz. San Casciano Bagni.

Revoca di diffide: Ferriere (Piacenza), Crescentino (Novara), Mercatino Marecchia (Pesaro), Porcia e Cavallo, Fanna, Arba (Udine).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Jules Gengou è nominato direttore generale dell'Ufficio di Sanità pubblica e Medicina della città di Bruxelles. Egli è anche insegnante all'Università libera di Bruxelles e direttore dell'Istituto Pasteur della provincia di Brabante, ma ha deciso di rinunziare a quest'ultimo posto.

Il prof. Davide Giordano, primario chirurgo dell'Ospedale Civile e Sindaco di Venezia, è nominato Grande Ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia. Esprimiamo il nostro compiacimento per l'alta distinzione.

Il dott. Giuseppe Fabbri, direttore dell'Ospedale civile di Città di Castello, è nominato cavaliere della Corona d'Italia.

Al dott. prof. Silvio Porta, chirurgo primario e direttore dell'Ospedale civico di Recanati, è stata conferita la medaglia dei benemeriti della salute pubblica.

MEDICINA SOCIALE.

L'assicurazione contro le malattie in Francia.

È stato distribuito ai membri del Parlamento francese un progetto di legge per l'assicurazione contro le malattie, l'invalidità e la vecchiaia; esso forma un grosso volume di 226 pagine, dovuto principalmente a Cahen Salvador, consigliere di Stato, direttore delle Pensioni operaie e agricole.

L'assicurazione viene resa obbligatoria per i soli salariati e coloni il cui introito annuo non superi 10,000 franchi; è resa facoltativa per i piccoli proprietari e mezzadri, il cui reddito annuo non superi lo stesso limite.

In caso di malattia l'assicurato ha diritto ad un'indennità quotidiana pari alla metà del salario, per la durata massima di sei mesi; per altri cinque anni egli riceve una pensione mensile equivalente; poi gli è assegnata la pensione d'invalidità permanente.

L'assicurato ha diritto di scegliere il medico e il farmacista, purchè figurino in un elenco di esercenti che accettano le condizioni stabilite per contratto fra le Casse d'assicurazione e i Sindacati medici e farmaceutici. Il medico prescelto deve risiedere nello stesso Comune dell'assicurato od anche nelle località più prossime; in caso diverso, le spese supplementari per il trasporto del sanitario sono a carico dell'assicurato.

La rimunerazione dei medici è fissata mediante un *forfait* capitario, cioè ad un tanto per ogni assistito. L'importo viene versato dalle Casse d'assicurazione ai Sindacati medici. Ogni Sindacato ripartisce poi la somma che gli compete, assegnandola ai singoli medici, inscritti o no al Sindacato, in base al numero delle visite compiute e di chilometri percorsi; è questo il sistema detto in Germania della «Pauschale» ed in Francia della «riduzione proporzionale» (poichè l'importo delle visite si riduce col loro aumento numerico). Per infrenare gli abusi eventuali gli assicurati rimettono al loro medico uno scontrino di visita da essi prima acquistato nelle Casse di assicurazione: il prezzo del biglietto varia da fr. 0,25 a 0,75, secondo la classe cui è inscritto l'assicurato. In tal modo questo concorre a sostenere l'importo di ogni visita (metodo vosgiano).

La maternità delle assicurate o mogli di assicurati dà diritto alle cure mediche e farmaceutiche, a un indennizzo quotidiano per 12 settimane e ad un premio di allattamento per la durata di un anno.

Infine l'assicurato ha diritto alle consultazioni e al trattamento nei dispensari, nelle «cliniche» (ambulatori) e negli stabilimenti di cura o di prevenzione dipendenti dalla cassa d'assicurazione dalla quale egli riceve i soccorsi di malattia o di invalidità.

Altri progetti erano già stati elaborati da Edouard Vaillant, René Renoult, Hormorat, Ernest Lairolle.

Il progetto Lairolle è stato ora preso in esame e modificato dalla Commissione dell'Assicurazione e Previdenza sociale.

Il nuovo progetto mira più che altro a risolvere il problema ospedaliero; esso fa obbligo agli assicurati di accettare l'ospedalizzazione tutte le volte che il medico dell'assicurazione lo stimi necessario, a meno di rinunziare a metà dell'indennizzo-malattia; di più istituisce, presso il Ministero di Sanità, un «Ufficio nazionale degli Stabilimenti ospedalieri», preposto alla costruzione di nuovi ospedali ed all'ampliamento di quelli esistenti, in rapporto con i bisogni dell'assicurazione-malattie e invalidità. L'assicurazione viene resa obbligatoria per i soli salariati, fino alla concorrenza di 8000 franchi di salario all'anno; non è prevista l'assicurazione facoltativa; l'indennità-malattia decorre a partire dal 5° giorno, con diritto di rivalsa ai primi 5 giorni, qualora la malattia duri più di 10 giorni. Il progetto non si occupa della retribuzione e della scelta dei medici, i quali sarebbero, evidentemente, dei funzionari stipendiati; lascia irresoluti od affida al regolamento altri problemi importanti.

L. V.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso Italiano di Medicina Interna.

Dal 25 al 28 ottobre è indetto a Napoli il XXVII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna, che accoglierà in grande numero clinici, patologi e medici da tutte le parti d'Italia. Vi saranno largamente rappresentate tutte le nostre scuole di clinica e di patologia medica.

Il Congresso verrà presieduto dai proff. sen. A. Cardarelli e on. P. Castellino.

Alla solenne cerimonia inaugurale, che avrà luogo al Teatro S. Carlo, presenzieranno S. E. il ministro Corbino, altre autorità dello Stato, della provincia e cittadine, spiccate personalità della scienza.

I temi fissati per le relazioni sono: *La tubercolosi,* relatori E. Maragliano e L. Lucatello; *L'encefalite letargica,* relatori L. Zoja e F. Marcora; *Cura delle pleuriti purulente,* relatori G. Viola e B. Schiassi; quest'ultimo tema verrà trattato in comune con la Società Italiana di Chirurgia.

Al Congresso sarà unita una Esposizione di prodotti terapeutici.

In onore dei Congressisti saranno compiute gite all'Eremo vesuviano, a Capri, ad Agnano e sarà offerto un «garden party» nei Giardini Reali.

Al Congresso, per il quale saranno accordati ribassi ferroviari, possono partecipare tutti i medici anche se non sono inscritti alla Società, i quali versino alla segreteria la relativa quota, nonchè le persone di famiglia dei Congressisti.

Per qualsiasi informazione rivolgersi al segretario generale del Comitato Ordinatore, prof. Carmelo Cafiero, 2ª Clinica medica - Napoli, via Miraglia.

***

Il Comitato organizzatore ha lanciato per mezzo del suo segretario un appello agli Istituti universitari di Clinica e di Patologia per la compilazione di una storia aneddotica e biografica dei nostri Maestri dall'epoca della legge Casati ad oggi. Tale importante e geniale iniziativa, che, come ognuno facilmente comprende, ha lo scopo di illustrare nel suo svolgimento i meriti e le finalità della Clinica italiana moderna, varrà senza dubbio a suscitare interesse ed efficace collaborazione. Il proposito del Comitato è di avere una relazione succinta e proporzionata all'importanza dell'argomento della storia della Clinica e della Patologia medica, quale si svolge nell'ambiente d'ogni istituto, l'elenco di tutti i Maestri che vi hanno insegnato, il tempo in cui vi sono rimasti, le idee che vi agitarono, e l'influenza che esercitarono sul progresso del pensiero medico contemporaneo. I cenni biografici debbono essere accompagnati dai ritratti di coloro che personificarono le singole scuole e coprirono le cattedre ufficiali dell'insegnamento clinico e della patologia, e di coloro che pur rimasti fuori dell'ambiente ufficiale sono degni di essere accanto ai primi per rinomanza scientifica e lustro di dottrina. Ciascun professore ordinario, straordinario e incaricato di Clinica e Patologia è pregato di inviare la propria fotografia con autografo, un breve cenno biografico e l'indice riassuntivo della produzione scientifica sua e della sua scuola. Sarà pure interessante una breve menzione del sistema di organizzazione dell'insegnamento, del movimento degli ammalati, e del numero e nome del personale assistente. L'opera sarà stampata in carta medievale con accurata eleganza, in grande formato 35 × 25, riccamente illustrata, e distribuita ai Congressisti, agli Istituti di Clinica e Patologia, alle Biblioteche, a tutte le Cliniche e agli Istituti di patologia esteri, ed individualmente anche ai loro Direttori, per la più efficace propaganda.

Congresso italiano di Chirurgia.

Il XXVIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia avrà luogo in Napoli nei giorni 25-26-27 del prossimo ottobre, contemporaneamente al Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Il Comitato Direttivo ha preso accordi colla Presidenza della Società di Medicina perchè in una seduta comune, coll'intervento dei Soci di ambedue le Società, sia discussa la relazione sulla *Cura delle pleuriti purulente* svolta per la parte chirurgica dal prof. Schiassi.

Le altre relazioni che saranno discusse nelle sedute del Congresso di Chirurgia sono: *La cura delle ptosi viscerali*, relatori proff. Donati e Parlavecchio, e *La cura della tubercolosi renale*, relatore prof. Marogna.

I soci che vogliono fare delle comunicazioni sono pregati di mandarne il titolo ed il riassunto al Segretario della Società presso la Clinica Chirurgica di Roma, non più tardi del 10 ottobre prossimo.

Il Comitato Direttivo sta facendo le pratiche necessarie per ottenere il ribasso sui prezzi dei viaggi ferroviari, e si ha la quasi completa certezza che venga concesso. I soci che desiderano usufruirne debbono richiedere al Segretario della Società la Tessera di riconoscimento.

Congresso italiano di Ortopedia.

Contemporaneamente ai Congressi di Medicina interna e di Chirurgia si terrà (a Napoli) anche il XII Congresso della Società Italiana di Ortopedia, sotto la presidenza del prof. R. Bastianelli.

Sono inscritti all'ordine del giorno, come temi di discussione generale: *L'osteocondrite giovanile dell'anca*, relatore prof. R. Galeazzi; *Il trattamento della spondilite*, relatore prof. R. Dalla Vedova.

Inviare adesioni e temi di comunicazione al Segretario della Società, dott. prof. Gino Pieri (Ospedale Policlinico Umberto I - Roma).

Per la ricostituzione di una Società italiana di Urologia.

In occasione dell'adunanza a Napoli (25-27 ottobre) delle Società di Chirurgia, di Medicina interna e di Ortopedia, e per iniziativa del Comitato Italiano della Società Internazionale di Urologia, si terrà una riunione dei cultori di questa branca che ha oggi acquistato tanta importanza e autonomia, per far risorgere la Società Italiana di Urologia, specialmente in vista del Congresso Internazionale che avrà luogo in Roma nel 1924.

Coloro che non possono intervenire ai Congressi di Napoli, o che, pur non appartenendo alle suddette Società, si occupano di fisiologia o patologia dell'apparato urinario e intendano far parte della ricostituenda Società, sono pregati di inviare la loro adesione o al prof. G. Nicolich (Ospedale Civile, Trieste), o al prof. R. Alessandri (Clinica Chirurgica, Roma), o al prof. G. Losio (Ospedale Maggiore, Milano).

Con altro avviso sarà precisato il giorno e il luogo della riunione.

X Congresso italiano di Stomatologia.

Promosso dalla Federazione Stomatologica Italiana, questo Congresso avrà luogo dal 1° al 4 ottobre a Trieste.

Vi possono partecipare, oltre ai soci della Federazione, anche imedici-chirurghi regnicoli che ne facciano domanda prima del 2 corrente mese.

La quota d'iscrizione è di *lire venticinque*. La tessera di congressista darà diritto ai ribassi sulle ferrovie e sui piroscafi dello Stato, ed a tutte quelle facilitazioni che il Comitato ordinatore di Trieste ha ottenute a vantaggio dei partecipanti.

Le domande devono essere rivolte alla Commissione esecutiva in Milano presso il prof. dottor C. Rovida, Corso Venezia 12.

Gli argomenti che verranno trattati al Congresso sono di indole scientifico-professionale, ed i temi ufficiali da svolgersi saranno i seguenti:

1° «I moderni progressi della chirurgia orale» (dott. Cavina); 2° «Igiene orale. Complicazioni generali da focolai settici orali» (dott. De Vec-

chis); 3° «Riordinamento degli studi medici in rapporto alla necessità della specializzazione ed al relativo conferimento del titolo di specialista» (professor dott. R. D'Alise); 4° «L'Odontoiatria e le industrie sanitarie» (dott. De Tomasi); 5° Servizio odontoiatrico nelle scuole» (prof. dott. Piperno); 6° «Esercizio abusivo» (dott. Sosso); 7° «Le imposte dirette sull'esercizio professionale della specialità odontoiatrica» (dott. De Tomasi).

Nella stampa medica.

Ha iniziato le pubblicazioni la «Rivista di Immunologia e Scienze affini» fondata e diretta dal prof. E. Centanni; ne è redattore capo il dott. T. Rinaldini. Ha precipuamente lo scopo di raggruppare, in lavori originali ed in riviste, i dati essenziali e le conclusioni di indirizzi di ricerche. La materia sarà ripartita nelle rubriche seguenti: lavori sperimentali, relazioni cliniche (su applicazioni immunitarie), recensioni, note di tecnica, notiziario, questionario.

La rivista è aperta liberamente alla cooperazione di ogni studioso. Esce bimestralmente; redazione ed amministrazione hanno sede a Milano, via Spartaco 6; abbonamento annuo L. 15, semestrale L. 8, numero separato L. 3.

***

Ha ripreso le pubbiicazioni il periodico «L'Actinoterapia», diretto dal prof. Mameli Spinelli di Napoli. Ha ora assunto una portata più estesa, divenendo una rivista internazionale di terapia dei raggi (roentgenterapia, curieterapia, fototerapia) e organo centrale per la terapia dei tumori; esce in magnifica edizione, a Napoli (Parco Margherita, 104) al prezzo di L. 30 per l'Italia, L. 60 per l'Estero per ogni volume di 6 fascicoli comprendenti 400 pagine circa. Augurii.

***

Col prossimo ottobre riprenderà le pubblicazioni a Torino la «Minerva Medica», per opera di un Comitato di Redazione composto dei dottori G. Oliaro, E. San Pietro e O. Uffreduzzi. Il periodico avrà intendimenti essenzialmente pratici; darà larga ospitalità alle recensioni ed agli appunti di terapia; una rubrica sarà dedicata alla medicina forense; un'altra alla cronaca e critica degli interessi professionali. Non sarà una emanazione regionale, ma una manifestazione di italianità medica; uscirà due volte al mese. L'abbonamento a tutto il dicembre 1922 importa L. 25, da versare al dott. Guglielmo Oliaro, casella postale 399 - Torino.

***

«L'Italia Terapeutica», consacrato interamente alla terapia, sarà diretto dal dott. Gustavo Anguilli; uscirà a Milano. Per informazioni e numeri di saggio rivolgersi all'«Italia Medica», via Malghera 15.

***

Ai confratelli i nostri augurii.

Elargizioni cospicue.

La Cassa di Risparmio Vittorio Emanuele II di Milano, presieduta dal sen. Marcora, ha elargito nel 1920 una somma superiore a 4 milioni di lire in sussidi, oltre a 2 milioni quale contributo alla soluzione della questione ospedaliera.

Mostra Campionaria Permanente delle specialità farmaceutiche e dei prodotti famaceutici.

L'Associazione Sanitaria Milanese, di Via San Paolo 10, alla quale fanno capo numerose ed importantissime Associazioni mediche, inaugurerà prossimamente nella Sala Centrale di Convegno una Mostra campionaria permanente delle specialità farmaceutiche e dei prodotti farmaceutici nazionali.

All'inaugurazione annuale della mostra saranno invitati tutti i medici di Milano ed i titolari e rappresentanti delle ditte espositrici.

L'Associazione Sanitaria inoltre curerà, se richiesta, la distribuzione ai signori Medici dei campioni di saggio e della relativa letteratura.

Data l'evidente utilità pratica di tale mostra, già numerose Ditte delle più importanti hanno mandato la loro adesione, ed è certo che fra breve tutti i posti disponibili saranno accaparrati.

Per schiarimenti rivolgersi all'Associazione.

La città universitaria di Parigi.

Un ricco signore francese, Deutsch de la Motte, ha offerto dieci milioni di franchi per iniziare la costruzione di una città universitaria a Parigi; egli aveva posto la condizione che il Parlamento, il Municipio e l'Università stipulassero gli accordi relativi prima del 30 giugno 1921. La convenzione venne conclusa e la legge è stata votata dal Parlamento il 23 giugno; ora si metterà mano ai lavori preliminari. La città universitaria sorgerà molto lontano dall'attuale quartiere Latino, dietro il parco Montsouris, tra le porte Gentilly e Orléans, sopra 9 ettari di superficie, su progetto dell'ing. Autrand; il terreno è costato 13,500,000 franchi pagabili in 15 annualità. I lavori cominceranno il 1° gennaio 1923. Ogni edifizio comprenderà 30 camere in tre piani compreso quello terreno: il fitto importerà .450 franchi a camera. Faranno parte della «città» un campo di *spòrts*, una biblioteca, sala di conferenze, sala di musica, piscine, ecc.

Esistono già città universitarie a Oxford, al Canadà e in Danimarca.

A proposito di una commemorazione.

Il prof. Enrico Morselli ci scrive per avvertire, a proposito della notizia «La settimana psichiatrica di Parigi» pubblicata nel fasc. 31, che non si tratta di commemorare il III Centenario di François Bayle, nato nel 1622 (!), ma di commemorare la grande scoperta della paralisi progressiva, fatta nel 1822 da Ant. Laur. Gessé Bayle, allievo di Esquirol: fu in quell'anno che egli presentò alla Facoltà Medica di Parigi la sua stupenda tesi sull'*Aracnite,* che è la lesione macroscopica caratteristica della malattia.

Congressi francesi a Strasburgo.

Nella redenta Strasburgo, dal 3 al 5 ottobre prossimo si terranno i seguenti Congressi:

Il XV francese di Medicina: temi di relazione: «Adattamento anatomico e funzionalità del cuore alle condizioni patologiche della circolazione» (relatori signorina Cottin e dott. Demeyer); «Le Glicemie» (relatori Ambard, Chabanier e Baudoin); «L'antianafilassi» (rel. Widal, Abrami, Pasteur-Vallery, Radot e Péhu).

Il XXX francese di Chirurgia; temi: «La cura dell'epilessia consecutiva a traumatismi cranici» (rel. Billet e Ch. Lenormant); «Siero e vaccinoterapia nelle malattie osteo-articolari» (rel. Debrez e Grégoire); «Risultati lontani della cura del cancro della mammella» (rel. Forgue e Walther).

L'XI francese di Urologia; tema: «L'anestesia negli urinari» (rel. Chevassu e Rathery).

Riunione annuale della Società d'Ortopedia; temi: «Risultati lontani della riduzione incruenta della lussazione congenita dell'anca» (rel. Froelich); «La artrodesi del piede» (rel. Ombredanne); «Cura operativa delle anchilosi del ginocchio» (rel. Tavernier).

Congresso francese di Ginecologia e Ostetricia.

Il II Congresso dell'Associazione dei ginecologi e ostetrici di lingua francese si terrà a Parigi dal 19 settembre al 1° ottobre, nel piccolo anfiteatro della Facoltà di medicina. Temi: «Turbe della funzione tiroidea nei loro rapporti con la gestazione» (relatori Fruhinstolz, Parisot); «Protezione medica e sociale della donna incinta» (relatori Doleris, Woegeli); «Indicazioni delle isterectomie addominali durante il travaglio, esclusi i vizi pelvici» (rel. Courelaire, Henrotay); «Isterectomia nell'infezione puerperale acuta» (rel. Cottes, Potvin): «La radiumterapia: *a*) nei fibromi, *b*) nel cancro, *c*) nelle metrorragie d'altra natura» (rel. Eaure, Hartruann, Kanig).

Segretari generali sono i dottori Brindeau (71, rue de Grenelle) e Couvelaire (21, rue Louis-David).

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Presse médicale, 10 agosto. — A. B. MARFAN. Le convulsioni nella prima infanzia.

Quaderni di Psichiatria, luglio-agosto. — N. PENDE. Endocrinologia e psicologia.

Berliner klin. Wochenschrift, 8 agosto. — F. UMBER. La gotta calcarea. — BEITZKE. Tbc. infantile e tbc. dell'adulto.

Riv. critica di clinica medica, 5 agosto. — B. MAGGESI. Febbre sifilitica a tipo ricorrente.

Medicina Ibera, 13 agosto. — A. CORVETTO. Forme abortive della tubercolosi polmonare.

Berliner klin. Woch., 15 agosto. — M. EINHORN. Ricerca frazionata del contenuto duodenale nell'ulcera peptica. — LUNGE. Errori nella determinazione dello zucchero per mezzo della fermentazione.

Medizinische Klinik, 14 agosto. — H. VOGT. L'avitaminosi nell'infanzia. — SACHS e GEORGI. I sieri attivi nella diagnosi della sifilide con la flocculazione.

Wiener klin. Woch., 11 agosto. — W. SPÄT. Sulla sorte dei casi di encefalite ritenuti guariti.

Journ. of Amer. med. Assoc., 30 luglio. — P. LUCAS. Fisiologia del sangue nell'infanzia. — E. JACOBSON. La psicologia sperimentale nella pratica medica.

Am. Journ. of med. sciences, luglio. — C. H. BUNTING. Formola leucocitaria nell'influenza. — TAYLOR. Studio polariscopico delle urine dei sifilitici.

Studium, 20 agosto. — G. ROMANO. Il dolore nelle affezioni chirurgiche dell'addome.

The Lancet, 3 settembre. — E. LEIGH COLLIS. La medicina industriale.

Journal de Chirurgie, settembre. — A. MOUCHET e J. DURAND. Trattamento operatorio della lussazione congenita completa e irriducibile della rotula.

The Practitioner, settembre. — A. GRAHAM-STEWART. Le cause dell'alta pressione del sangue.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali

ANNO XXVIII Roma, 3 Ottobre 1921 Fasc. 40

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DI SANTA MARIA E SAN GALLICANO
diretto dal prof. G. CIARROCCHI, medico primario

La spirochete della sifilide e il suo polimorfismo.

Dott. PIO PEDICONI.

In numerose monografie ed in tutti i trattati di sifilografia di recente pubblicazione sono descritti dettagliatamente i varî metodi di ricerca ed i caratteri morfologici della spirochete di Schaudinn, quindi mi limiterò solo ad accennarli molto sommariamente.

La spirochete scoperta da Schaudinn è costituita da filamento sottile a spire regolari e ravvicinate, poco intensamente colorabili con la soluzione di Giemsa; gli altri comuni spirocheti sono costituiti da filamento più grossolano con spire più irregolari e si colorano più intensamente. Esaminata a fresco la spirochete di Schaudinn è poco risplendente ed è dotata di movimento uniforme diretto sempre verso una direzione; gli altri spirocheti sono più risplendenti ed hanno spesse volte movimento non uniforme e a direzione varia.

Ora, sempre nel campo della morfologia, si può aggiungere quache altro carattere al quale del resto ha già da tempo accennato qualche autore:

La *lunghezza* della spirochete pallida è spesso varia tra individuo ed individuo tanto che da un minimo di 5 o 7 μ alcune volte raggiunge un massimo di oltre 25 μ. Quindi, pure restando come fondamentali i caratteri morfolocici sopra accennati, bisogna cominciare dal distinguere le *forme lunghe* e le forme di *media lunghezza* dalle *forme corte*, delle quali parlerò più dettagliatamente in appresso.

Non potrà esservi discussione sulla esistenza delle forme medie, poichè a pochi potrà essere sfuggito che le spirocheti di Schaudinn non hanno tutte una eguale lunghezza e forse non sarò solo ad avere notato che capita spesso di osservare in uno stesso preparato forme di lunghezza diversa, e di vedere in due preparati differenti fatti con materiale preso da differenti manifestazioni sifilitiche, tutte forme lunghe e medie di un preparato, e tutte forme corte nell'altro. Tali differenze sono molto meglio apprezzabili nei preparati a fresco osservati con la illuminazione in campo oscuro che nei preparati colorati, dove spesso accade che non tutte le forme prendono ugualmente il colore e non è raro il caso che alcune non si colorino affatto.

Ma, oltre a queste forme differenti tra loro soltanto per la lunghezza ed aventi tutti i caratteri fondamentali della spirochete di Schau-

dinn, molti autori hanno interpretato come spirocheti della sifilide alcune altre forme spirillari che dal punto di vista morfologico non hanno nulla a che fare colla forma classica precedentemente descritta.

Krzystalowicz e Siedlecki trovarono, nell'esame microscopico del materiale prelevato su manifestazioni secondarie della sifilide, numerosissime e svariatissime forme che interpetrarono come agente patogeno della sifilide.

Già questi autori sin dal 1908 descrissero le forme lunghe e le forme corte che ritennero fossero il maschio e la femmina e chiamarono quindi rispettivamente microgamete e macrogamete. Descrissero altresì forme avvolte (*enroulées*) forme con flagello alle estremità, forme ad *Y*, forme non a spirale ma a bastoncello più o meno lungo e tortuoso interpretate come prodotto della condensazione del corpo del microrganismo.

Di più le spirochete coltivate da Mühlens e quelle coltivate da Schereschewsky presentarono forme diverse nella stessa coltura, tanto che gli autori descrissero forme sottili e forme grossolane che Mühlens e Noguchi interpretarono come varietà differenti, e Schereschewsky come forme della medesima specie, ed il Noguchi nei suoi studi sulla spirochete Galligyrum afferma che alcune forme di spirochete boccale (*S. dentium* e *S. mucosum*) in coltura pura e lo stesso Calligyrum non sono morfologicamente distinguibili dalla spirochete della sifilide.

Dunque la morfologia di questo microrganismo è ancora tutt'altro che ben definita in quanto che da molti autori, e autorevoli autori, vengono descritte forme svariatissime non facilmente, anzi difficilissimamente distinguibili da forme similari di spirocheti comuni.

IL POLIMORFISMO.

Sorge quindi la questione del polimorfismo della spirochete e vengono a prospettarsi i seguenti quesiti:

1° Deve accettarsi l'opinione che oltre alla spirochete di Schaudinn esistano altre forme spirillari da ritenere come agenti patogeni della sifilide?

2° In caso di risposta affermativa alla prima domanda, le forme numerose e morfologicamente diverse le une dalle altre, debbono essere ritenute come forme a sè o come forme di passaggio del ciclo di sviluppo di una o più specie di spirilli agenti patogeni della sifilide?

Volendo sgombrare il terreno dalla questione principale, rispondo subito alla prima domanda e dico che le varie e dissimili forme spirillari debbono essere interpretate come appartenenti all'agente patogeno della sifilide e nel fare questa affermazione, della quale mi dichiaro profondamente convinto, esporrò le ragioni del mio convincimento il quale deriva principalmente dalla mia personale esperienza acquistata in vari anni durante i quali continuamente a scopo diagnostico e a scopo di studio ho osservato al microscopio la spirochete della sifilide.

Infatti, se si trovassero le forme spirillari diverse soltanto nel materiale prelevato dalle ulceri sifilitiche della lamina interna del prepuzio o da manifestazioni secondarie della bocca, dell'ostio vaginale o di altre regioni dove al liquido patologico può essersi mescolata la secrezione fisiologica, e con essa la flora della bocca del sacco prepuziale e della vagina, il sospetto di un inquinamento del materiale sifilitico puro potrebbe avere seria consistenza; ma le forme che chiameremo *varie* le ho io stesso ritrovate frequentemente in grande numero e, direi quasi in coltura pura, nel materiale prelevato da sclerosi della lamina esterna del prepuzio o della superficie dell'asta o del mento o di altre regioni estranee alla bocca e ai genitali femminili. Le ho ritrovate numerosissime in preparati fatti con materiale sieroso limpido ottenuto con la spremitura del tessuto ulcerato.

Ciò se non può essere argomento probativo, è tuttavia molto convincente e conforme alla interpretazione che si suole dare alla specificità dei vari microrganismi, anche su semplici preparati morfologici fatti con materiale proveniente da una manifestazione morbosa.

Dato quindi il frequente reperto di queste forme *varie* nel materiale prelevato da manifestazioni sicuramente sifilitiche, ed esclusa la mescolanza di germi saprofiti o parassiti che possono generare confusione, dobbiamo ritenerle come forme in rapporto colla sifilide. Di più la colorabilità di queste forme con il liquido di Giemsa è simile a quella classica della spirochete pallida; cioè si colorano pallidamente, anzi frequentemente non si colorano affatto anche con gli altri metodi di colorazione ed è perciò che, come ho detto in principio, è bene osservarle a fresco.

Una volta ammesso che le *forme varie* non siano il prodotto di una confusione con altri spirilli saprofiti e parassiti, ammesso quindi che siano in rapporto con la sifilide, sorge il dibattito sulla unicità o pluralità della specie degli spirocheti agenti patogeni della infezione sifilitica e del loro ciclo di sviluppo.

Specie una o plurime?

Già da tempo è stata posta l'ipotesi della pluralità del virus sifilitico; oggi sulla base di dati sperimentali molto convincenti Marie e Levaditi, e sulla base di dati clinici il Milian ne danno una dimostrazione quasi assoluta.

Agli argomenti dei suddetti autori, io credo che se ne possa aggiungere un altro, e cioè il *polimorfismo* per il quale possiamo ritenere come probabile che tutte le svariatissime forme descritte rappresentino degli stadi di passaggio nel ciclo di sviluppo di più specie di spirocheti ad ognuna delle quali potrebbe corrispondere un quadro clinico diverso come (senza avere individualizzato le specie) Marie e Levaditi hanno potuto dimostrare. Infatti questi autori iniettando *virus* sifilitico prelevato da focolai cutanei o nervosi, hanno ottenuto negli animali lesioni di aspetto differente ed hanno riscontrato uno stato di refrattarietà verso il treponema omologo e piena ricettività verso il *virus* eterologo.

Oggi dunque possiamo *tendere ad ammettere la pluralità della specie del parassita della sifilide come possiamo, io dico, senz'altro ammettere il suo polimorfismo* costituito dalle forme già descritte dai vari autori e dalle forme che ancora non conosciamo ma che debbono esistere in alcuni liquidi fisiologici che sono capaci di trasmettere l'infezione. Ad esempio, si dibatte ancora la possibilità di infezioni da parte del latte; qualche prova convincente si ha della possibilità della infezione dell'embrione da parte dello sperma, ma non sono stati dimostrati con sicurezza microrganismi riferibili alla infezione sifilitica in questi due liquidi. Quindi il prof. Ciarrocchi, insistendo su questo concetto, ritiene che dovremo fondatamente sospettare che, se forme spirillari non furono sicuramente dimostrate nello sperma dei sifilitici, debbono esistere forme da noi ancora completamente sconosciute.

È quindi necessario seguitare nelle ricerche per poter chiarire quest'argomento di capitale importanza. Occorre ricercare pazientemente e descrivere tutte quelle forme di microrganismi che si può sospettare siano in rapporto con l'agente patogeno della infezione sifilitica, per poter giungere a conoscere le fasi del suo ciclo di sviluppo. Dobbiamo fare un lavoro analogo a quello compiuto per l'infezione malarica: il Laveran nel 1880 descrisse le prime forme di parassiti malarici, ma soltanto dopo altri 20 anni, quando furono pubblicati gli studi di Marchiafava e di Bignami, se ne conobbero le varie specie e il ciclo di vita dentro e fuori dell'organismo umano.

Qualche mia osservazione.

Durante circa 8 anni, nell'Ospedale di San Gallicano, ho quasi giornalmente ricercato sia a scopo diagnostico sia a scopo di osservazione, la spirochete della sifilide ed ho preferibilmente eseguite le mie ricerche a fresco con l'illuminazione in campo oscuro su preparati fatti con liquido sieroso limpido ottenuto spremendo i tessuti previa pulitura della superficie ulcerata. Riferisco qualche fatto che ha fermato maggiormente la mia attenzione:

A preferenza nei preparati fatti con materiale prelevato dalle placche mucose, mi è accaduto spesso di vedere, direi quasi in coltura pura, spirocheti aventi caratteri morfologici diversi da quelli della spirochete di Schaudinn; ho visto spirocheti a filamento piuttosto grosso e a spire poco regolari e poco ravvicinate dotati di movimento rapido e più o meno uniforme.

Ma il fatto che ha colpito maggiormente la mia attenzione, è stato il frequente reperto di forme aventi differenti lunghezze e che in pari tempo conservano la forma classica della spirochete di Schaudinn. Occorre quindi, come già dissi, distinguere le forme *lunghe e medie* dalle forme *corte*. Di regola non è frequente osservare forme lunghe e medie e forme corte nello stesso preparato; viceversa è frequente, specialmente nel materiale prelevato dalle sclerosi, trovare o tutte forme lunghe e medie ovvero tutte forme corte le quali di solito si trovano nelle sclerosi iniziali comparse da oltre 10 giorni.

Le forme corte non sono facili ad essere individualizzate: hanno una lunghezza spesso inferiore alla metà anzi inferiore ad un terzo di una forma lunga, hanno movimento rapidissimo e spire ravvicinatissime (ragione per cui sono molto risplendenti) e ad un occhio poco esercitato dànno a tutta prima l'aspetto di grosse forme bacillari dotate di forte motilità. Osservandole però attentamente si vedrà che non sono risplendenti in modo continuo ma ad intervalli, e che nell'attimo in cui si presentano più opache si riesce a vederne le spire.

Le forme *corte* con tutti i mezzi di colorazione si colorano male e non è raro il caso che non si colorino affatto.

La forma classica della spirochete di Schaudinn (forma lunga) osservata lungamente a fresco, ho notato che spesso si attacca per una estremità ai globuli bianchi esistenti nel preparato mentre con l'estremità libera compie dei movimenti pendolari.

È questo un fenomeno molto frequente che può chiamarsi una vera tendenza, un'attrazione del microrganismo verso i globuli bianchi e, senza volerne dare una spiegazione che date le nostre conoscenze attuali non potrebbe essere altro che ipotetica, richiamo l'attenzione sul fatto che molto probabilmente non è fortuito. Questo fatto oltre ad averlo osservato io lo ha con me osservato il prof. Ciarrocchi ed altri colleghi dell'Ospedale.

Le forme corte che ho precedentemente descritte e che mostrai anche al prof. Ciarrocchi e ad altri colleghi, non posso dire se siano quelle stesse già descritte da altri autori, o se siano delle altre.

Conclusione.

Facendo astrazione dal ciclo di vita, la semplice morfologia della spirochete della sifilide è argomento lungi dall'essere risoluto e, se possiamo avere qualche prova convincente che ci conduca ad ammetterne il polimorfismo, siamo ancora lontani dall'individualizzarne in modo esatto e sicuro le varie forme e a distinguerne le specie.

Ammettendo che esistano forme spirillari riferibili all'infezione sifilitica morfologicamente diverse dalla spirochete di Schaudinn, dobbiamo modificare il metodo per le ricerche a scopo diagnostico e dobbiamo seguire un concetto più largo e diverso da quello seguito fino ad ora.

Oggi non trovando nel preparato la forma classica di spirochete di Schaudinn ma trovando altre forme spirillari simili o dissimili non possiamo sentirci autorizzati a dichiarare negativo l'esito della ricerca perchè numerosi autori, ed alcuni autorevolissimi, ammettono il polimorfismo dell'agente patogeno della sifilide e affermano che alcune forme di questo microrganismo sono difficilissimamente distinguibili dalle spirocheti comuni.

In questi casi per dare una giusta interpretazione a ciò che si vede al microscopio bisogna tener presente qualche altro criterio e seguire rigorosamente una determinata tecnica nel fare il preparato:

1° È assolutamente necessario che il materiale che si osserva sia prelevato dalla manifestazione morbosa sospetta previa pulitura della superficie ulcerata, e sia ottenuto mediante la spremitura dei tessuti;

2° Occorre evitare che al materiale sieroso limpido possano mescolarsi liquidi fisiologici o patologici che possano contenere spirilli comuni. In altri termini bisogna operare in modo da raccogliere sul vetrino unicamente il liquido sieroso proveniente dagli strati profondi della pelle o della mucosa ulcerata.

3° Delle forme *varie*, cioè delle forme diverse da quella classica di Schaudinn, non bisogna tener conto se non si rinvengono numerose e direi quasi in cultura pura e *se lo stesso reperto non persiste in più esami eseguiti a distanza di più giorni durante i quali l'ulcera sia stata ripetutamente causticata*.

Ma più di ogni altro criterio vale, per ben interpretare, quel senso indefinibile di esatta visione e di esatto orientamento che non può acquistarsi altro che con una lunga pratica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SASSARI.
Direttore prof. O. ROSSI.

Sull'uso dei preparati arsenicali nelle forme spastiche

per la dott.ª CARLOTTA PORRU, assistente.

Le osservazioni di Sicard, Haguenau, Roger, avevano fatto intravvedere la possibilità di diminuire, nelle affezioni sifilitiche croniche, lo stato spastico dei muscoli mediante la somministrazione a dosi piccole e prolungate di preparati arsenicali, sopratutto di novarsenobenzolo. Con tale metodo di cura non si erano notati gli inconvenienti attribuiti da alcuni all'uso degli arsenobenzoli. Questi reperti indussero altri Autori ad applicare la terapia arsenicale in parecchie forme spastiche di origine non luetica, adoperando di preferenza il cacodilato di sodio che poteva essere introdotto nell'organismo a dosi molto superiori a quelle degli altri preparati, senza determinare, nella maggior parte dei casi, fenomeni tipici di intolleranza.

Infatti nel 1919, in una seduta della Società di Neurologia di Parigi, Lhermitte e Quesnel riferirono di aver trattato con iniezioni endomuscolari di solfarsenol due casi di emiplegia di antica data accompagnati da contrattura notevole, e mediante iniezioni di cacodilato di sodio a dosi progressivamente crescenti (da gr. 0,50 a gr. 2 per volta) due malati affetti da paraplegia spastica e uno con tetraplegia di origine cerebrale. In tutti ebbero a notare una evidente diminuzione dello stato spastico. Seguendo lo stesso metodo studiarono l'effetto del cacodilato in un'altra forma con rigidità muscolare, cioè nel morbo di Parkinson, ed in quattro casi ottennero pure diminuzione, per altro transitoria, della rigidità. In seguito Maréchal e Rodriguez cercarono di diminuire la rigidità muscolare

della paralisi agitante somministrando il cacodilato sodico per via endovenosa, ogni 2-3 giorni, nella dose di gr. 0.50-1 e persino di 5-6 grammi per volta, ottenendo, a quanto pare, buoni risultati. Il metodo però non fu scevro da inconvenienti, poichè durante la cura gli AA. notarono negli ammalati stati di eccitamento psichico, vomito, febbre e disturbi a carico dell'apparato digerente. Alla sua volta Souques sperimentò il cacodilato sodico e l'arrhénal per via sottocutanea in sei parkinsoniani senza ottenere variazioni apprezzabili; anzi in due ammalati insorsero, contemporaneamente ad una lieve diminuzione della rigidità, fenomeni netti di intossicazione i quali scomparvero al pari del miglioramento notato quando venne sospesa la somministrazione del medicamento.

Recentemente Rodriguez cercò di applicare la terapia arsenicale in casi di sindromi parkinsoniane consecutive ad encefalite letargica, nelle quali la rigidità muscolare è spesso notevole. L'A. adoperò una soluzione di cacodilato sodico al 50 % che somministrò per via endovenosa in modo da introdurre gr. 1 sino a 4-5 per volta del sale di arsenico, praticando due o tre serie di iniezioni ad intervallo di 15 giorni l'una dall'altra. La quantità totale di cacodilato impiegata dal Rodriguez è veramente notevole: ad un ammalato somministrò in circa 4 mesi e mezzo 142 grammi del preparato! È da notare però che già dopo l'iniezione di 2 e 4 grammi comparvero fatti di intossicazione rappresentati da disturbi del tubo gastro-enterico e da fatti reattivi generali. Tuttavia l'A. assicura di aver ottenuto in questo caso quasi la scomparsa della rigidità, ed in altri malati un miglioramento notevole con una sola serie di iniezioni, per cui ritiene utile consigliare la cura arsenicale per via endovenosa a dosi così alte come sopra è ricordato.

Anche in Italia venne tentata da parecchi la cura arsenicale sempre con l'intento di diminuire la rigidità muscolare in genere. Il Roasenda curò un malato di emiplegia con contrattura di grado elevato mediante iniezioni di cacodilato sodico, di cui somministrò gr. 13.20 nel periodo di 11 giorni senza che nel soggetto in esame si determinassero fatti di intolleranza per l'arsenico. In seguito alla cura l'Autore avrebbe notato un miglioramento assai marcato della motilità attiva, tale da permettere al malato movimenti che erano prima assolutamente impossibili. Non si sa però se tali risultati, i quali si erano mantenuti senza variazioni per una diecina di giorni dopo la cura, siano rimasti costanti.

Magaudda avrebbe ottenuto un sensibile miglioramento della motilità in una cerebropatica con stato spastico generalizzato della muscolatura; in un soggetto affetto da emiparesi spastica che datava da quattro anni, in altre tre malate che presentavano emiparesi da pregressa cerebropatia, somministrando il cacodilato in quantità complessiva di 10-14 grammi nel periodo di 20-30 giorni. Però anche in questi casi i vantaggi ottenuti furono di breve durata, tanto dopo la prima quanto dopo una seconda serie di iniezioni.

In una mia nota precedente (V. Bibliografia) ho esposto i risultati ottenuti nel morbo di Parkinson con la somministrazione per via ipodermica del cacodilato di sodio a dosi elevate; risultati che non sono stati così brillanti come Lhermitte ed altri Autori hanno descritto. Ho continuato tuttavia nelle osservazioni estendendole anche a malati che presentavano sindromi parkinsoniane come postumi di encefalite epidemica e ad un caso di paraplegia spastica di origine non luetica. Per maggior chiarezza ho raggruppato nella Categoria 1ª i casi di paralisi agitante, nella 2ª i casi di sindromi parkinsoniane post-encefalitiche, mentre la 3ª comprende un caso di paraplegia spastica.

CATEGORIA I, GRUPPO I.° — Comprende due ammalati fra quelli già precedentemente trattati. Uno, cioè l'ammalato Mura, di cui è fatto cenno nella categoria III dei casi illustrati, aveva ottenuto un po' di miglioramento nella motilità degli arti superiori e inferiori, tanto da poter attendere alle sue occupazioni in campagna. Per circa due mesi non si verificarono altri mutamenti nello stato del P., eccetto un lieve aumento della rigidità all'arto inferiore destro; però con l'andar del tempo, pur rimanendo costanti i risultati ottenuti per gli arti superiori, continuò a progredire la rigidità in quelli inferiori.

Circa un anno dopo la prima serie di iniezioni il S. ne intraprende una seconda, introducendo in 22 giorni grammi 24.45 di cacodilato sodico. Non si manifestano fenomeni di intolleranza durante la cura, e l'esame quotidiano delle urine esclude ogni fatto renale. Devo dire che nel P. non si è riscontrato alcun miglioramento evidente, quantunque egli asserisse di sentirsi più forte e più libero nei movimenti degli arti inferiori. L'altro ammalato, C... Arturo, di anni 58, maggiore a riposo, che al pari del malato Mura presentava più rigidità che tremore, e aveva ottenuta una lieve e transitoria diminuzione dell'ipertonia, si sottopose alla cura dopo un periodo di circa cinque mesi, durante i quali la rigidità

era andata a poco a poco accentuandosi. Però dopo la prima iniezione comparse albumina nelle urine. Avendo tuttavia cercato di insistere con iniezioni di 50 ctg., l'albumina ebbe tendenza ad aumentare; per altro nel sedimento non comparvero mai cilindri od elementi renali. Per questo fatto si dovette tuttavia sospenderle temporaneamente. Si ripresero più tardi benchè l'albumina non fosse del tutto scomparsa, anzi aumentasse sempre ad ogni tentativo di iniettare una dose più forte. Si praticarono allora a giorni alterni, lasciando ogni serie di 8-10 ad intervallo di 15 giorni da quella successiva. In circa 4 mesi vennero somministrati complessivamente gr. 28 del preparato. Il S. non denunciò alcun miglioramento, e l'esame obbiettivo non fece rilevare modificazioni dei sintomi notati prima di intraprendere la cura.

GRUPPO II. — In questi ammalati venne intrapresa la terapia per la prima volta.

CASO I. — C. Giovanna, di anni 53, casalinga. Donna di statura al disotto della media, di costituzione scheletrica regolare. Peso: kg. 40. La malattia si iniziò una anno fa coi sintomi caratteristici, fra i quali l'esame obbiettivo mette ora in evidenza la rigidità muscolare sopratutto agli arti di destra. Si praticò in questa malata la cura Lhermitte cominciando da gr. 0.20 fino a gr. 1.25 di cacodilato per iniezione, somministrando in tutto gr. 24 del preparato in 34 giorni.

Diminuirono alquanto la scialorrea e il senso di stanchezza che la P. accusava, ma il tremore aumentò e la rigidità rimase invariata.

CASO II. — A. Matteo, di anni 68, contadino. In quest'individuo, malato da un anno, non si manifestarono inconvenienti finchè le dosi del cacodilato rimasero al disotto di un grammo, appena però si giunse a tale quantità il S. ebbe cefalea, vertigini, debolezza, odore fortemente agliaceo dell'alito. Si dovette quindi procedere con dosi non superiori a 50 ctg., somministrandogli in un mese circa gr. 12.60 del preparato.

I risultati furono poco soddisfacenti: l'a. dopo una diecina di iniezioni, si lagnava che il senso di stanchezza era più accentuato e gli arti inferiori sembravano più pesanti. L'unico miglioramento riscontrato, anch'esso transitorio, fu la diminuzione della difficoltà nel respirare che il S. aveva abitualmente.

CATEGORIA II. — Sindromi parkinsoniane consecutive ad encefalite epidemica.

CASO I. — Al... Francesco, di anni 19, marinaio. Individuo di piccola statura, piuttosto deperito. Peso del corpo kg. 40. Si ammalò nel gennaio 1920 con la fenomenologia dell'encefalite epidemica. Nel febbraio dello stesso anno cominciò a manifestarsi tremore all'arto inferiore sinistro, sudorazione abbondante, scialorrea, rigidità muscolare. Accolto in Clinica nel gennaio 1921 presentava l'aspetto e l'atteggiamento di un malato di paralisi agitante: rigidità della fisionomia e della muscolatura degli arti, retropulsione, tremore, scialorrea abbondante. Nel periodo di 44 giorni si praticarono iniezioni quotidiane di cacodilato sodico cominciando da 10 ctg. sino a 2 gr. al giorno, e vennero complessivamente introdotti gr. 22.60 di cacodilato. Dopo averne assunto poco più di 2 grammi a piccole dosi il P. affermò di sentirsi più libero nei movimenti, che sembravano anche oggettivamente aumentati di ampiezza, benchè in grado minimo. Quando però si raggiunse la quantità di 2 gr. per volta non solo il lieve miglioramento era scomparso, ma si erano presentati disturbi (cefalea, nausea, diarrea) che indussero a sospendere la cura. Un tentativo di rinnovarla in capo a qualche giorno anche con dosi di 50 ctg., fece tosto ricomparire i fenomeni accennati, che si ripeterono ancora per circa una settimana.

Le condizioni del P., come si è potuto rilevare da esami successivi, andarono peggiorando, e la rigidità ha raggiunto ora un grado notevole.

CASO II. — M. Luigi, di anni 10, scolaro. Viene accolto in Clinica il 24 gennaio 1921, un anno dopo l'inizio della malattia. Anche quest'ammalato presentava rigidità della fisionomia, rigidità notevole dei muscoli degli arti e del tronco, retro e lateropulsione, scialorrea.

Nel periodo di 22 giorni gli furono somministrati per via ipodermica in dosi giornaliere da ctg. 10 a ctg. 75, grammi 10.30 di cacodilato. Dopo la 10ª iniezione i movimenti attivi e passivi degli arti erano appena appena più ampi di prima, il bambino riusciva a spogliarsi da solo benchè con molta lentezza. Però quando si giunse alle dosi più alte si era a poco a poco ristabilita la rigidità precedente, ed anche un accenno di miglioramento dello stato generale era già scomparso.

CATEGORIA III. — P. Roberto, impiegato, di anni 55. Il S. è affetto da paraplegia spastica tipo Erb, che data da 16 anni.

Con iniezioni quotidiane si somministrarono 26 gr. di cacodilato nel periodo di 15 giorni, iniettandone all'ultimo anche 2 gr. per volta.

Dopo 6-7 iniezioni il P. asserisce di sentirsi meno rigido, e oggettivamente si poteva notare un lieve aumento nell'ampiezza dei movimenti attivi e passivi degli arti inferiori. Col progredire della cura regredì invece lo scarso miglioramento ottenuto, e non solo il S. tornò alle condizioni di prima, ma accusò anche senso di stanchezza e di maggior rigidità, cefalea; per cui si ritenne opportuno di non continuare la terapia.

I tentativi di diminuire mediante l'uso degli arsenicali a dosi elevate la rigidità muscolare di qualunque origine essa sia, non hanno dunque dato finora che risultati assai incerti e discordanti, tali però da rendere fortemente dubbiosi se convenga ancora proseguire nei tentativi terapeutici di questo

genere. Ai vantaggi scarsi, di poca entità, e sopratutto di brevissima durata da me ottenuti in qualche ammalato, fanno contrasto spesso l'inefficacia del medicamento e talora il prodursi di inconvenienti che hanno i caratteri di fatti di avvelenamento da arsenico, come dimostrano i casi di Maréchal, Rodriguez, Souques. Anche quando il medicamento viene ben tollerato in principio e non determina subito disturbi, accade qualche volta che essi si manifestino in seguito, come io ha notato in un malato nel quale comparvero circa un mese dopo cessata la cura, e come fa osservare Sanfilippo in base ad un suo caso di splenomegalia da malaria trattato con iniezioni endovenose di cacodilato a dosi assai alte; nel quale, 12 giorni dopo l'ultima iniezione, si presentarono fenomeni gravissimi di avvelenamento cui seguì rapidamente *exitus*.

Di fronte a questi inconvenienti diminuisce ancora il valore dei fugaci beneficî determinati dai preparati arsenicali, tanto più che lo scarso miglioramento coincide quasi sempre con le dosi più elevate, che sono appunto quelle più pericolose.

Sassari, agosto 1921.

BIBLIOGRAFIA.

SICARD et ROGER. *Traitement de la spasticité paraplégique syphilitique par la réaction novarsénicale d'aréflexie achilléenne.* Marseille Médical, 15 dic. 1918.

SICARD et HAGUENEAU. *Traitement des états spastiques par la réaction névritique novarsénicale.* Société de Neurologie, mai 1919; Revue Neurologique, 1919, n. 5.

LHERMITTE et QUESNEL. *Effets des arsénicaux sur les contractures organiques et la maladie de Parkinson.* Société de Neurologie, nov. 1919; Revue Neurologique, 1919, n. 12.

I. H. SICARD. *Traitement de la syphilis nerveuse par les injections novarsénicales à petites doses repétées et prolongées.* Presse Médicale, 1920, n. 29, pag. 281.

H. MARÉCHAL. *Maladie de Parkinson et cacodylate de soude.* Gazette des hôpitaux, 24 janvier, 1920.

G. ROASENDA. *Sul trattamento di sindromi nervose (contratture muscolari, rigidità) e circolatorie con iniezioni ipodermiche di cacodilato di soda ad altissime dosi.* Policlinico, sez. Pratica, agosto 1920, fasc. 31.

P. CRAMPON et CLEUET. *Le cacodylate de soude à hautes doses dans les raideurs musculaires consécutives à l'encéphalite épidémique.* Société de médecine du Nord, 25 juin 1920, e Gazette des praticiens, 1 septembre 1920.

BOISSEAU et PRADAL. *Essai de traitement par le cacodylate de soude à haute dose des contractures consécutives aux blessures des centres nerveux.* Société de méd. et de climatol. de Nice, 16 avril 1920.

LEGRAND et AUGUSTE. *Maladie de Parkinson traitée par le cacodylate de soude à haute dose.* Echo médical du Nord, 20 nov. 1920.

C. PORRU. *La terapia arsenicale nel morbo di Parkinson.* Policlinico, Sez. Pratica, settembre 1920.

P. MAGAUDDA. *La terapia arsenicale ad alte dosi nelle contratture organiche.* Policlinico, Sez. Pratica, 1921, fasc. 5.

B. RODRIGUEZ. *Sur le traitement des syndromes Parkinsoniens postencéphalitiques par le cacodylate de soude.* Société de neurologie, genn. 1921; Revue Neurolog., 1921, n. 1.

E. SANFILIPPO. *Sui pericoli dell'uso del cacodilato di sodio ad alte dosi in terapia.* Policlinico, Sez. Pratica, 1921, n. 15.

A. SOUQUES. *Les syndromes parkinsoniens.* Société Neurologique de Paris, juin 1921.

L. CHEINISSE. *La valeur du cacodylate de soude à hautes doses dans le traitement des contractures.* Presse médicale, 1921, n. 16.

R. CLEUET. *Le cacodylate de soude à hautes doses en thérapeutique.* Echo médicale du Nord, 8 e 15 janvier 1921.

T. FRACASSI. *La enfermedad de Parkinson y su tratamiento por el cacodilato de soda a alta dosis.* Revista medica del Rosario, mag. 1921.

RIVISTE SINTETICHE.

Urea ed azoto residuo del sangue nelle affezioni renali

per il dott. G. AIELLO.

Secondo la distinzione che ne fa il Magnus-Alsleben nelle sue lezioni cliniche, si riscontrano nell'organismo corpi albuminoidei ad alto e basso peso molecolare. I corpi ad alto peso molecolare (albumine, globuline) formano l'albumina del sangue e l'albumina patologica delle urine ed hanno la proprietà di precipitare a fiocchi col calore ed in presenza dei noti reattivi.

Sotto la denominazione di *azoto totale* si comprende (oltre alle albumine e globuline) l'azoto dei prodotti del ricambio finale dell'albumina: si tratta di corpi a basso peso molecolare, relativamente semplici ed in massima parte consistenti in *urea*. Di tali composti azotati circolano sempre piccole quantità nel sangue, e queste si denominano *azoto residuo* (*Rest-N* dei Tedeschi) o azoto non proteico, o azoto non colloidale, filtrato, ecc., in opposizione alle grosse quantità di albumina circolanti nel sangue, coagulabili col calore. L'azoto residuo si cerca infatti nel sangue (totale o siero) previa la più completa dealbuminizzazione. Nel sangue normale è quindi presente albumina in grande quantità, ed inoltre una piccola quantità di azoto non proteico (secondo Falta e Richter 0,20-0,30 gr. ‰, secondo Strauss da 22 a 40, secondo Folin e Denis da

0,22 a 0,39 cmc., secondo AA. francesi fino a 0,25 per mille (1).

Nell'urina normale è presente solo l'azoto, dovuto alla eliminazione dei prodotti albuminoidei, e che è indice del ricambio dell'albumina.

Il significato dell'azoto residuo o non proteico del sangue è stato ricercato tenacemente in tutti i paesi dacchè Strauss (1902) ne indicò l'aumento nel siero (completamente dealbuminizzato!) in casi di nefrite interstiziale (vascolare o glomerulare). Ma il problema nemmeno oggi è completamente chiarito e d'altra parte abbiamo le ricerche della scuola di Widal e Weil (1912) su uno dei componenti dell'azoto residuo: l'urea. Ad essa è stato, sulla base di lunga esperienza clinica, attribuito grande significato prognostico e diagnostico, e ne furono fissati i limiti normali a 0,40 per mille.

Nè in Germania nè in America si sono però accettate queste vedute delle Scuole Francesi, ed anche in Italia si sono trovati autorevoli oppositori (Maragliano).

Sopratutto il procedimento (soluzione di ipobromito) è stato dimostrato fonte di errori, poichè con esso non si libera tutto l'N, ma circa il 5 % in meno, e d'altra parte viene scisso azoto dall'ammoniaca, dall'acido urico, dalla creatina e creatinina, dall'acido ossiproteico, ecc. (van Andersen, Bruns, v. Scherl); cosicchè Strauss ha indicato colla parola «Bromlaugestickstoff» (azoto della soluzione di bromo) i valori di urea nel sangue, dati dalla scuola francese.

Allo stato normale i componenti dell'azoto residuo sono: l'urea, la cui frazione raggiunge secondo Monakow il 52 %, secondo Bang il 75 %, secondo Fleig il 70 % (della quantità totale di az. res.); poi la creatina colla media del 6,15 %, la creatinina l'1,5 %, l'acido urico 3 % (valore a digiuno!), gli amino-acidi 8 %, l'ammoniaca 0,4 %.

Il Bang per tutti questi ultimi componenti calcola la frazione 45-60 % (urea esclusa) denominandoli unicamente «azoto non ureico». Inoltre nell'azoto residuo è compreso l'indacano (da 0,032 a 0,128 % secondo Rosenberg).

Ma per una esatta comparazione dei valori, clinicamente segnalati, dell'urea e dell'azoto residuo, interessa conoscere il comportamento dei singoli componenti di esso, quando — come nelle affezioni nefritiche — vi è aumento patologico. Si tratta di un problema dibattuto da anni ed anni, su cui si raccolgono annualmente infinite osservazioni; finora generalmente si ammette una differenza nel comportamento del componente urea tra soggetto sano e soggetto con reni insufficienti: in questo caso l'urea viene a formare il 90 % dell'az. res. mentre normalmente, come si disse, la frazione non supera il 0,70 %. Anche recentemente Becher ha dimostrato, con ricerche su cadaveri, che l'az. residuo, accumulantesi nei tessuti di soggetti già con ritenzione renale, ha una affatto diversa costituzione dell'az. res. dei tessuti normali: consta per lo più di urea.

Altra dibattuta questione è quella *se la ritenzione sanguigna è lo specchio fedele della ritenzione totale*. Rosenberg ha dimostrato che l'N residuo sale nei muscoli degli azotemici, solo se ha superato una certa soglia nel sangue: (1,7 ‰). Secondo Becher questa importante soglia è un po' minore (1.5 ‰). La concezione di von Monakow, che cioè nella insufficienza renale, prima si riempiono i tessuti (magazzino) e poi i materiali ritenuti vanno nel sangue, non si è ancora sperimentalmente potuta dimostrar vera: è verosimile piuttosto un parziale rapporto della ritenzione del sangue e dei tessuti: Rosenberg soltanto in un caso di uremia, clinicamente difficile, con scarsa azotemia, trovò un alto grado di accumulo di scorie nei tessuti.

Da ricerche comparative, il Rosenberg stabilisce che l'aumento dell'N res. muscolare sorpassa quello dell'N res. corrispondente del sangue, solo nei casi di alte azotemie; mentre nelle scarse azotemie la massa sanguigna di azoto residuo supera di poco quella della muscolatura.

Il Rosenberg ha trovato inoltre che l'urea, nei muscoli, sale già negli azotemici (anche di scarso grado) più che l'N residuo muscolare: ad es., col valore 1,5 p. mille si ha già nei muscoli un notevole aumento di urea senza aumento dell'N residuo negli stessi. Corrispondentemente a questo aumento («deformazione») della frazione ureica si ha una diminuzione dell'azoto non ureico (amino-acido).

In questo senso possiamo, fino ad un certo punto, condividere la opinione di Marshall e Davis che l'urea si partisce ugualmente in tutti gli organi: almeno la sua distribuzione è più proporzionale di altri componenti dell'N residuo (indacano, creatinina). Così un aumento della creatina muscolare non si lascia dimostrare che nelle ipercreatinemie di assai alto grado, ed anche allora l'aumento della crea-

(1) È da notare che nei più recenti lavori francesi sotto la denominazione di «azote résiduel» viene compresa la sola frazione non ureica; i tedeschi invece, dando valori più alti, vi comprendono sempre l'N ureico.

tina nei muscoli non è regolare. Nella maggior parte dei casi di indacanemia, Rosenberg (in opposizione alle vedute di Becher e Haas) ha trovato pure nei muscoli aumento di indacano, piuttosto regolarmente proporzionato, senza differenza tra azotemie acute e croniche. L'indacano è specialmente aumentato dove vi è distruzione di albumina (come negli avvelenamenti da sublimato), nelle acute azotemie. Il Becher ritiene che si immagazzina l'indicano preferibilmente nel sangue, più che l'azoto res. e l'urea: dopo nefrectomie egli trovò nei tessuti aumento dell'az. res. (per distruzione tossica di albumina nei giorni di anuria) ma scarso immagazzinamento di indicano.

Per il liquido cefalo-rachidiano non si ha la stessa distinzione delle sostanze di ritenzione.

In quanto alla genesi dell'azotemia, finora era dominante la concezione che dovesse attribuirsi ad un'alterazione dell'escrezione (genesi renale). Ora invece, sulla base di lavori sperimentali ed anche su accurate ricerche clinico-statistiche, è stata avanzata la teoria che spetta al fattore della distruzione tossica dell'albumina un dominante significato etiologico. Il Wagner, in un recentissimo lavoro ed in una comunicazione alla *Verein Deutscher Artze* di Praga, ritiene che non esistono costanti rapporti tra alterazioni anatomiche renali (con relativi sintomi clinici di lesa funzione) e contenuto di urea sanguigna. In casi di notevole azotemia, il Wagner ha trovato normale la facoltà di concentrazione del rene e perfino aumentata l'escrezione dell'N. Ciò vale maggiormente per i casi di azotemia da febbre, dove, col cessare dello stato febbrile, si ha un rapido declinare della curva di urea nel sangue, e dove le funzioni renali sono state trovate corrispondenti alla norma, o spesso in iperfunzione.

Contro la genesi extra-renale dell'azotemia, il Falta opina che la introduzione alimentare di N non può condurre ad alta azotemia, ma il Wagner spiega così l'aumentata corrente verso il sangue: la tossica distruzione di albumina porta nei tessuti una grande quantità di scorie, ed il corpo cerca naturalmente di sbarazzarsene; ma colla potente «fusione» di prodotti albuminoidei, si ha una differente ripartizione dell'N res. tra sangue e tessuti, e così sono più rapide le condizioni di riassorbimento dell'N res. ed il rapido suo scomparire nel sangue (rispetto a quello dell'urea).

Anche l'azotemia nelle gravi gastro-enteriti è da chiarirsi con una forte fusione di corpi albuminoidei, poichè, da solo, il componente indacano non può far raggiungere all'N res. così alti valori.

La stessa genesi, extra-renale, deve attribuirsi all'azotemia di altre malattie (Cachessia carcinomatosa, Leucemie, Morbo di Banti, Tiroidismo, Morbo di Addison, certe forme d'Itero specie infettive).

Quella teoria del Wagner è però certo ben lungi dall'essere completamente accettata. Così Jaksch crede che la distruzione di albumina (febbri), come la ritenzione (nelle malattie renali), conducano entrambe all'aumento di urea nel sangue.

Rosenberg, nelle conclusioni di una sua importante serie di lavori sull'azoto residuo, è del parere che non ci si debba limitare ad esporre il bilancio dell'N, ma che si debbano esaminare altri fattori che sembra abbiano un importante ruolo: 1) la distruzione tossica dell'albumina; 2) la rinnovata utilizzazione di scorie albuminoidee per intermediaria rigenerazione di sostanze contenenti azoto; 3) lo spostamento delle sostanze di ritenzione dal sangue nei tessuti e viceversa. E se dalla determinazione, come attualmente si pratica, della ritenzione sanguigna, non abbiamo alcuna sicura conclusione intorno alla ritenzione totale, resta sempre però il contenuto di urea (e meglio dell'N residuo) un buon indicatore. Il Rosenberg ritiene inoltre che le formule escogitate da vari AA. per calcolare la ritenzione totale, non sono utilizzabili.

***

In quanto alle ricerche comparative tra determinazioni di N residuo ed Urea, il Becher ha stabilito, operando per l'Urea col metodo dell'ipobromito, che — nella insufficienza renale — il cosiddetto azoto bromico (Bromlauge N) cambia le sue proporzioni non soltanto nel sangue, ma anche nei tessuti, ed una più grossa parte di N residuo (circa il 50-77 %) viene precipitata (in condizioni normali esso ipobromito raccogiie solo il 12-20 % dell'N residuo).

AA. francesi, come lo Chabanier ed il Laudat, hanno esaminato in casi di grave uremia, il parallelo comportamento dell'az. res. e dell'Urea, ed hanno osservato — frequentemente ma non sempre — che l'N residuo è raddoppiato (fino al 0,31 p. 1000) dove l'Urea raggiunge cifre altissime (5,50-8,30 $^{0}/_{00}$). Con eguale ricerca comparativa, Rathery e Gruat hanno trovato pressochè identici risultati, e ritennero che l'azoto non ureico si elevi in modo considerevole, quando coincidono sintomi di intossicazione grave. Chabanier poi crede che l'azoto ureico indichi l'attività secretiva dei

reni; mentre quello *non* ureico indica disturbo del metabolismo dei proteici (1).

Da quanto sopra, si vede che lo studio del ricambio delle nefriti è ben lungi dall'essere circoscritto nelle due semplici partite di entrata ed uscita, ma per arrivare ad esso è necessaria la conoscenza dei processi anabolici e catabolici e bisognerebbe afferrare nel loro intimo le trasformazioni e le variazioni percentuali delle materie, nella loro incessante circolazione attraverso l'organismo. L'elaborazione degli albuminoidei, problema di essenziale importanza nel nefritico, è connessa al metabolismo cellulare: ed è nell'intimo dei tessuti che la elaborazione avviene. Ma certo la biologia e la patologia del ricambio cellulare sono allo stato attuale ben lungi dal poter dare alla Clinica un indirizzo, e così si ricercano *le vie indirette*.

Sempre maggiore importanza si dà così ai mezzi di indagine della funzione renale, e se ne cercano sempre di nuovi, che offrano migliori requisiti o di precisione diagnostica o di praticità nell'esecuzione: è interessante però notare che una grande importanza si attribuisce alle nuove prove sul siero, anzichè sull'urina, e precisamente al contenuto di acqua (Wasser retention). Non essendo i metodi refrattometrici sempre consigliabili, si è cercato di sostituirvi il metodo vagometrico, ed i risultati delle relative indagini — eseguite sotto la direzione del prof. Falta — verranno presto pubblicati dal sottoscritto.

---

(1) Successivamente Carnot, Gérard e Moisonnier hanno spiegato i fenomeni tossici in casi di nefrite con lieve iperazotemia, attribuendoli ad aumento dei valori della frazione non ureica di N. Egualmente credono Rathery, Helonia ed altri, ma la loro ipotesi (per spiegare le variazioni dei valori di az. non ureico in rapporto colla gravità del male) che negli uremici si producano, a spese dell'urea, prodotti ammoniacali, per neutralizzare gli acidi nocivi prodottisi nell'organismo, è stata dimostrata — da Begun e Münzer — sperimentalmente non ammissibile (il nefropatico in periodo uremico perde la proprietà di formare ammoniaca). Maragliano crede che nel nefritico esistono perturbamenti del metabolismo proteico, che conducono, per incompleta elaborazione delle albumine, ad un aumento dei prodotti intermedi, a scapito del prodotto finale urea.

Bertolini, in un lavoro recente, in seguito all'osservazione di numerosi casi, crede che quando il rene è impermeabile (insufficiente) per una sostanza, tale diventa per tutte le altre. Quindi non ammette discordanza tra i valori di N ureico e non ureico; contrariamente poi ai suddetti AA. francesi ha trovato valori alti di az. non ureico in individui senza lesioni renali.

Metodi per la ricerca dell'Azoto residuo. — Rimandiamo alla letteratura speciale, ma accenneremo che la ricerca può eseguirsi con soli 5 c.c. di sangue (preferibilmente siero) col metodo di Kjeldahl o del Pregl, però hanno la massima importanza la completa dealbuminizzazione ed i reagenti a tal uopo impiegati. Il mezzo migliore è quello dell'Ultrafiltrazione, a mezzo dell'assai semplice Ultra-filtro di Zsigmondy (qui molto usato). Non occorrono reattivi e si è perfettamente certi che, dalla membrana del filtro, non passa la ordinaria albumina coagulabile. La filtrazione, per quanto agevolata da una forte pompa ad acqua, dura però almeno per 12-16 ore.

Per la ricerca della sola Urea, ad evitare i già accennati inconvenienti dell'ordinario metodo all'ipobromito, si adoperano i metodi coll'Ureasi (metodo di Marshall, modificato dall'Hahn, nell'Istituto di Strauss).

***

Un'ultima interessante questione è stata trattata dal Falta, se cioè allo stato normale ed allo stato patologico (nefriti) si abbia nei corpuscoli rossi presenza di azoto residuo o suoi componenti. Per quanto il numero delle osservazioni non sia ancora esteso, si può affermare che allo stato normale i corpuscoli rossi sono impermeabili all'N residuo, mentre in certe forme di nefrite (sembra croniche) si ha nei corpuscoli rossi N residuo, ed in quantità non trascurabile.

Concludendo, per quanto sia difficile trarre ancora delle vedute certe da un così vasto complesso di dibattiti, è da ritenere che per un esatto giudizio sulla funzionalità renale di un soggetto è molto più precisa e sicura la ricerca nel sangue dell'Azoto residuo, anzichè quella dell'Urea. I metodi clinici per la capacità di concentrazione e diluizione conservano il loro valore, ma solo comparativamente alla ricerca sul sangue.

In quanto alla genesi dell'Azotemia non si può più essere esclusivisti, nel senso di accettare solo l'etiologia renale, ma bisogna considerare altri fattori, come la distruzione tossica d'albumina (lavori della Scuola di Umber e Congresso di Wiesbaden 1921).

Vienna, 30 aprile 1921.

LETTERATURA

(solo gli ultimi lavori sull'argomento).

1. MAGNUS-ALSLEBEN. Klinische Propäedeutik, 2 Aufl. — Berlin, J. Springer, 1921.
2. STRAUSS. Die Nephritiden, 3 Aufl., 1921.
3. RICHTER. Wien. Klin. Woch., 1921, n. 3.

4. ROSENBERG. Arch. f. exp. Path. u. Ph., Bd. 86, p. 15, e Bd. 87, p. 157, Heft 2, 1920.
5. BECHER. D. Archiv. f. klin. Med., Bd. 128, 9 e 134 (1920), H. 5, 6; Bd. 135, H. 2.
6. WAGNER. Wien. Arch. f. inn. Med., 1920, H. 3, e Medizin. Klin. (Wien), n. 15, 1921.
7. BOCK. Journ. of Biol. Chemistry, vol. 28, p. 357 e 29, p. 191.
8. CHABANIER. C. R. Soc. de Biologie, 15-5-1920.
9. LAUDAT. Ibidem, 8-1-1921.
10. RATHERY. Ibidem, 28-5-1920.
11. HELLINGER. Münch. Med. Woch., 1920, n. 49.
12. ZSIGSMONDY. Zeit. f. anorg. u. allg. Chemie, 1918, 103, p. 1.
13. FALTA e RICHTER. Bioch. Zeit., Bd. 100, 1919, p. 188.
14. BERTOLINI. Rif. Medica, n. 18, 1921, p. 410.

LEZIONI.

Affezioni addominali acute.

(RUTH MORISON. *Brit. Med. Journ.*, 27 marzo 1920).

Poichè il progresso nella cura di queste lesioni dipende dal rapido trattamento più che dalla ingegnosità e competenza dell'operatore, il risultato finale è legato alla diagnosi più pronta e all'azione più rapida da parte del medico generale, alla cui osservazione generalmente vengono dapprima questi casi. Questo criterio, espresso già 17 anni or sono dal chirurgo inglese, lo spinge ancora ad esporre in due brillanti conferenze, destinate ai medici pratici, i criteri generali da tener presenti in questi casi.

***

La facies addominale. Chiamati per un dolore addominale il primo quesito da risolvere è se questo è dovuto o no ad una causa grave. Ciò spesso può essere deciso, ove si arrivi nei primissimi stadi, da una semplice guardata. I medici debbono studiare l'espressione dell'emozione.

È perchè questo esame del modo di presentarsi del paziente è stato eccessivamente trascurato, che nella letteratura chirurgica recente si è insistito su quella *facies addominalis* che era, invece, nota da tempo.

Lo shock iniziale. — Il secondo punto importante è la storia della malattia. All'inizio di ogni lesione addominale grave v'è uno shock con effetti tali da allarmare i parenti dell'infermo, i quali pensano che « qualche cosa di serio è avvenuto ». È bene ascoltare ciò che essi raccontano, perchè in alcuni casi, anche di lacerazione o di perforazione di visceri cavi, il quadro imponente delle prime ore può scomparire quasi completamente e quindi non risultare all'esame del medico.

Tutti i chirurgi conoscono casi di questo genere. Nel secondo stadio o di reazione il paziente può avere un aspetto così buono e sentirsi così meglio da sembrare quasi impossibile che vi siano da aspettarsi gravi conseguenze. È questo il momento più delicato per la diagnosi. Ricordiamo che l'operazione entro le 6 ore salva il 90 % di questi pazienti, che la tattica dell'« aspettare e vedere » ne fa morire il 90 %.

Storia del dolore. — Terzo punto importante. Come è cominciato? Come ha progredito? Fu preceduto da qualche sintomo premonitore? Vi furono in precedenza attacchi simili?

Le cause del dolore addominale sono speciali per l'addome. Tutti i visceri sono insensibili agli ordinari stimoli dolorosi; possono essere tagliati o bruciati o suturati senza alcuna sensazione. D'altro lato, il peritoneo è squisitamente sensibile e la sua stimolazione produce un primo tipo di dolore; tale il dolore istantaneo prodotto dalla perforazione di un viscere cavo e dalla conseguente irritazione del peritoneo per la fuoriuscita del contenuto viscerale. In secondo luogo i visceri cavi sono assai sensibili all'irritazione intraviscerale specialmente quella prodotta da corpi estranei per infezione, e alla tensione: la contrazione forzata dei muscoli lisci, ecco una seconda causa di dolore: tale il dolore da strozzamento di un'ansa intestinale, da calcoli biliari, da calcoli renali o ureterali, da ostruzione dell'intestino. Finalmente il mesenterio e i mezzi d'attacco dei visceri quando siano stirati o ritorti sono vivamente dolorosi, e ciò è la causa di un terzo tipo di dolore: tale il dolore da torsione del cordone spermatico o da torsione del peduncolo di cisti ovariche.

La rigidità della parete addominale. — Un altro punto ancora di speciale importanza è il seguente: Qual'è lo stato della parete addominale? Osservatela. Si muove liberamente o non si muove affatto con il respiro? Nel primo caso è difficile che si tratti di una condizione grave, nel secondo la peritonite da rottura di un viscere è possibile.

Le articolazioni e l'addome hanno dei punti di contatto. Poichè gli stessi nervi di un'articolazione innervano i muscoli che la muovono, un dolore in essa determina una contrazione protettiva dei muscoli relativi. Similmente un dolore addominale è accompagnato da rigidità protettiva dei muscoli che coprono una lesione intraperitoneale.

Palpate ora l'addome. Se non v'è sensibilità, non rigidità, non sensazione di una mas-

sa sottostante, è in causa una colica (contrazione forzata dei muscoli lisci); una tumefazione dolente, senza rigidità considerevole al di sopra di essa, parla di una lesione localizzata di uno dei visceri addominali; una rigidità e una dolorabilità netta fanno pensare all'infiammazione del peritoneo.

Emorragia intraddominale. — Il sangue è un irritante per il peritoneo non così dannoso come il contenuto dei visceri cavi ma sufficiente a produrre dolore, che costituisce di solito il primo sintomo di emorragia intraaddominale. Si ha ugualmente, come nelle condizioni precedentemente studiate, lo shock seguito da reazione, ma, invece di svilupparsi poi i sintomi di peritonite, il terzo stadio è il risultato della perdita di sangue: senso di ansietà e debolezza, pallore, sete, polso debole e frequente, fame d'aria, cute fredda, singhiozzi, sbadigli e irrequietudine, offuscamento della vista, midriasi e sincope, diminuzione dell'emoglobina, sono i sintomi successivi. Quando essi si presentino dopo un trauma addominale indicano la rottura di un viscere solido; dopo un'operazione fanno pensare a una legatura che non ha tenuto; senza trauma e in una donna, alla rottura di una gravidanza ectopica.

Trattamento. — Il sollievo del dolore è ciò che il paziente domanda, è ciò che vorrebbe ognuno di noi. Ma prima di somministrare morfina o di dare un purgante è necessario aver ben determinato se si tratta di un caso grave o no: non si ricorra a quei mezzi se prima il problema non è stato risolto. Un notevole aiuto è dato dall'andamento del polso: contatelo prima di lasciare il paziente, fatelo contare almeno ogni ora; un innalzamento della frequenza del polso è il segno più importante dell'aggravamento del caso.

La patologia c'insegna che nella grande maggioranza dei casi l'unica probabilità di vittoria è riposta nell'operazione. La quale nell'addome come altrove può avere i seguenti scopi: 1) arrestare un'emorragia; 2) rimuovere o escludere un focolaio di malattia; 3) vincere degli ostacoli meccanici.

Prevenire la peritonite settica escludendo il focolaio d'infezione è l'oggetto principale dell'operazione addominale. È possibile che una peritonite si arresti: ma è necessario aiutare la natura.

La morale di queste cognizioni è ovvia: Ogni paziente con un dolore addominale un po' fuori dell'ordinario deve essere mandato senza indugio a un bene equipaggiato ospedale per l'osservazione e se è il caso, per l'operazione. Sarà bene che lo accompagni un biglietto, in cui il medico descriva le condizioni in cui lo ha visto la prima volta, e precisi se venne o no somministrata morfina.

* * *

Diagnosi differenziale. — Si tenga sempre presente che un dolore addominale *può* dipendere da condizioni non strettamente chirurgiche. Queste possono essere raggruppate in tre classi:

1) irritazione dei sei ultimi nervi intercostali, da polmonite, pleurite, pericardite, herpes zoster, tumori o carie delle vertebre, tabe, isteria;

2) intossicazioni generali, come quelle prodotte da nefrite cronica, diabete, morbo di Addison, porpora di Henoch, avvelenamento da ptomaina, avvelenamento da piombo, febbre tifoide;

3) affezioni addominali, come pielite, calcoli renali e ureterali, ghiandole linfatiche tubercolari, dilatazione acuta dello stomaco e nelle donne, dismenorrea.

È tale la difficoltà della diagnosi che spesso si è detto: « Aprite l'addome e vedete »: dottrina perniciosa questa, fatale ad ogni progresso e talvolta al paziente. Vi sono ancora dei dubbi che possono essere chiariti solo con un'operazione, ma essi tendono a divenire sempre più scarsi, come risultato di uno studio più accurato del problema.

Vediamo dunque i segni più importanti che valgano a indirizzare la diagnosi nelle varie forme di accidenti addominali.

Appendicite. — È questa la causa più comune ed a cui bisogna per primo pensare.

Di solito sarete chiamati per un dolore addominale. Quando l'appendice è nella sua posizione normale ed è in preda a flogosi acuta, i sintomi sono così netti da indurre raramente in errore.

Nei primi stadî v'è un certo grado di shock e l'infermo ha un brutto aspetto, ma di rado gravissimo. Frequentemente nella anamnesi vi sono attacchi precedenti. Allo shock segue presto lo stadio di reazione. Il dolore che spesso ha svegliato il paziente dal sonno, è dapprima diffuso e riferito all'epigastrio o all'ombelico, poche ore più tardi localizzandosi alla fossa iliaca destra. Sebbene d'insorgenza rapida e assai intenso, non è mai così istantaneo o così grave come quello da rottura di ulcera duodenale; nei primi stadî può avere remittenze ed esacerbazioni, dovute queste agli sforzi dell'appendice infiammata a vuotarsi del suo contenuto (colica appendicolare): se l'appendice non può vuotarsi sopravviene presto la gangrena,

e, poichè i nervi necrosati non conducono più, il dolore acuto scompare.

Poco dopo la comparsa del dolore comincia il vomito e la temperatura s'innalza.

I segni fisici sono: *a)* rigidità dei muscoli sovrastanti; *b)* dolore alla pressione della fossa iliaca destra. Di essi dovrà tenersi ben conto quando si veda il paziente nello stadio in cui il dolore acuto è scomparso, momento importante e difficile per la diagnosi e nel quale un'appendice in preda a gangrena può minare l'esistenza dell'individuo.

Un buon numero dei casi di appendicite acuta appartengono alla varietà di ascesso appendicolare. Ciò dipende dalla posizione anatomica dell'appendice. E se questa non è nella sua posizione normale ma nella tasca sottocecale o nella pelvi o nella doccia sul lato esterno del cieco o del colon ascendente, i sintomi sono meno definiti e richiedono una più accurata osservazione. La palpazione accurata dell'addome, o attraverso il retto, difficilmente lascerà inosservata una zona specialmente sensibile, sovrastante all'appendice infiammata.

I sintomi di una flogosi dovunque essa si trovi sono, come è noto, generali (febbre) e locali; ma delle cinque note classiche della infiammazione, quattro non sono apprezzabili nell'appendicite fino a che non venga portata alla luce l'appendice stessa. Quindi nei casi più difficili un dolore addominale subitaneo e un innalzamento della temperatura o una leucocitosi possono essere le sole manifestazioni e raramente si sbaglia ponendo una diagnosi di appendicite quando questi si trovano insieme.

Ostruzione intestinale acuta. — Le cause sono le stesse che in qualunque altro organo tubolare del corpo, e cioè: 1° ostacoli fuori del tubo, 2° nelle sue pareti, 3° nel suo lume, 4° spostamenti del tubo stesso.

La diagnosi dell'ostruzione intestinale è basata sopra un tripode sintomatico: grave dolore spasmodico, evidenza (visibile, udibile o palpabile) di aumentata peristalsi, impossibilità di passaggio di flati per l'ano. Nei casi acuti si aggiunge vomito persistente e frequente.

Quando questi sintomi sono presenti, la prima cosa da fare è di esaminare le porte erniarie perchè la causa più comune di ostruzione intestinale è un'ernia strozzata, e il paziente può dimenticare di accusare la presenza di un'ernia.

Nei primi stadi lo shock, specie se un'ansa considerevole venne strozzata, è pronunciatissimo e può continuare fino a che si sviluppa la gangrena: comincia allora lo stadio della reazione, e non è ancora ben noto quanto ingannevole possa essere l'apparenza di guarigione in pazienti con l'intestino gangrenato.

Il successo del trattamento è affidato all'azione rapida.

Ricordiamo che nei bambini l'intussuscepzione è la causa più comune; negli adulti possono entrare in causa delle briglie di aderenze da tubercolosi guarita, da postumi d'appendicite, da operazioni precedenti, da residui di diverticolo di Meckel; e nei vecchi bisogna pensare a stenosi maligna specialmente del colon. Non si ometterà mai un esame del retto.

Perforazione dello stomaco e del duodeno. Sebbene sia indiscutibile la possibilità di una guarigione naturale, non si prenderà davvero questo come giustificazione di un indugio del trattamento di tali lesioni, che vanno ascritte ai più gravi fra gli accidenti addominali. Specialmente quando si tenga conto che l'ulcera semplice dello stomaco e del duodeno è la causa riconosciuta della grande maggioranza delle perforazioni, e che quando venga sufficientemente chiusa, prima che la fuoriuscita del contenuto del viscere abbia largamente infettato il peritoneo, la guarigione è quasi una certezza.

Per lo più si ha una storia di precedente cattiva digestione; quindi viene un dolore istantaneo imponente.

Nei casi duodenali il contenuto intestinale insinuandosi nella tasca sottoepatica e quindi per la doccia sul lato esterno del colon ascendente e del cieco fin nella pelvi, può far riferire la maggior parte dei sintomi alla fossa iliaca destra; da ciò la frequenza con cui tali casi sono mandati con una diagnosi d'appendicite. Gli errori saranno meno frequenti se si può ottenere una tipica storia di ulcera duodenale e se il quadro tipico iniziale viene tenuto nella debita considerazione.

Calcoli biliari e colecistite. — Non è sufficientemente noto che se un calcolo biliare blocca d'un tratto il collo nella cistifellea infiammata, può svilupparsi rapidamente uno stato gravemente pericoloso, consistente nella gangrena della colecisti. E se questa non è rapidamente asportata con l'operazione, può rompersi e il suo contenuto infetto versarsi nel peritoneo onde peritonite facilmente fatale.

La diagnosi è basata sopra una storia precedente di coliche biliari, ma principalmente sopra il reperto di una massa rotonda, dura, dolente alla palpazione nella sede della cistifellea sotto il margine costale destro.

Cisti ovarica con torsione del peduncolo. — Nelle donne questa è una causa comune di

accidente addominale. Se il tumore era noto da prima o se è evidente all'esame, e se si è sviluppato un attacco istantaneo di dolore addominale, con dolore alla palpazione e ingrossamento della massa, si tratta probabilmente di una torsione del peduncolo di una cisti ovarica. Nella maggioranza dei casi sono preceduti uno o più attacchi minori. Nei casi gravi la nutrizione vascolare del tumore è interrotta e i risultati terminali sono la gangrena di esso e la peritonite.

Gravidanza ectopica. — Nella varietà più pericolosa di questa lesione la diagnosi si basa principalmente sopra i segni di emorragia interna. Un uovo precocemente fecondato ha eroso la tuba, di solito vicino all'utero, e ne segue un'emorragia così imponente, che la vita può essere salvata solo dall'operazione.

Nella varietà più comune hanno preceduto una o due mancanze di mestrui, e la paziente sospetta di essere gravida. Il primo allarme è dato da un attacco subitaneo di dolore, che può ripetersi una o più volte prima della rottura finale. Questo dolore è probabilmente dovuto a una colica della tuba nei suoi sforzi di espellere l'uovo impregnato.

A questo stadio l'esame vaginale e bimanuale può scoprire la tuba distesa lateralmente o dietro un utero con segni di gravidanza. Lasciata a sè la paziente è rapidamente colta da dolore e più o meno presto si sviluppano i sintomi di emorragia interna. Molte volte il versamento di sangue è tale da costituire, con i segni di liquido libero nell'addome, un sintoma addizionale.

SEBASTIANI.

QUESTIONI DEL GIORNO.

I nuovi antisettici.

(V. CALÒ. *Annali d'Igiene*, marzo 1921).

Il grande entusiasmo destato in primo tempo dagli antisettici abituali andò man mano scemando quando si potè osservare che queste sostanze — ad azione essenzialmente battericida — provocavano gravi danni nei tessuti su cui dovevano agire, sicchè negli anni precedenti la guerra si era manifestata una forte corrente a favore dell'asepsi, in confronto dell'antisepsi. Le condizioni stesse della guerra hanno però dimostrato che non è sempre possibile provvedere ad una rigorosa asepsi, mentre non in tutti i casi si può contare sulle forze di difesa dell'organismo. Si comprende perciò che si sia andati alla ricerca di quel disinfettante ideale, che, pur non danneggiando i tessuti, si opponga alla vita dei batterî.

I nuovi antisettici sono costituiti da sostanze a base minerale e da sostanze a base organica.

Fra le prime sono da annoverarsi gli *ipocloriti* nella nota formola di Dakin e di Giannattasio: il Carrel ha avuto il merito di adoperare gli ipocloriti nel trattamento metodico e razionale delle ferite, dando spiegazione del loro modo di agire, in presenza di tessuti lesi ed infetti. L'azione antisettica si avrebbe per la combinazione del cloro nascente con le proteine dei tessuti e la consecutiva formazione di cloramine ad alto potere disinfettante. Si sono perciò adoperate le *cloramine*, particolarmente la *cloramina T*, che può usarsi in concentrazioni del 0,2-2 %, con tecnica ed effetti analoghi a quelli degli ipocloriti; essa è solubile in acqua, non coagula le proteine, è un prodotto stabile e non si decompone neppure in presenza di sangue; uccide lo stafilococco in concentrazioni di 1:250. La dicloramina T sospesa in olio è pure antisettico potente.

In casi di gangrena gazosa, Calò ed Oliva hanno ottenuto vantaggi con l'uso della *calce anidra*, la quale, spolverizzata sui tessuti, mummifica quelli colpiti da infezione, rispettando quelli viventi ed agendo in seguito come energico antisettico, in virtù dell'idrato calcico.

Fra le sostanze a base organica, vengono in prima linea i *derivati dell'acridina* (gruppo delle flavine), cioè la *proflavina* e specialmente l'*omo* e l'*acriflavina*: vengono usate in soluzione a 1/10,000 (in soluzione fisiologica o ipertonica) di cui si imbevono compresse di garza, che si cambiano due volte al giorno. L'azione di queste sostanze varia a seconda della reazione del mezzo ambiente, della qualità e quantità del terreno nutritivo, della specie e dell'età dei batterî in esame; l'influenza di questi fattori è però diversamente variabile. Notevole è l'*azione batteriostatica*, cioè l'impedimento alla moltiplicazione batterica delle flavine (ed anche del verde brillante), sicchè esse sono adatte come agenti terapeutici locali, in considerazione anche del loro scarso potere tossico sui tessuti.

Lo streptococco è assai sensibile all'azione di tali sostanze, osservazione di grande importanza, essendo lo streptococco il più dannoso fra i comuni piogeni; con il *verde brillante* ed il *bleu-notte* (*night-blue*) *le cellule dei* tessuti sono più sensibili che quelle dello streptococco; con le flavine, la sensibilità si uguaglia: sicchè tali antisettici risultano raccomandabili. Mancano però studî sistematici sui diversi germi patogeni, sicchè non si possono ancora trarre conclusioni largamente probative, tanto più tenuto conto delle condi-

zioni delle ferite, che sono ben diverse da quelle delle colture.

Buoni risultati si sarebbero avuti con l'uso dell'acriflavina nella blenorragia, uso che sarebbe consigliato per l'alto potere battericida verso il gonococco (600 volte più che il protargolo) e l'elevato potere di penetrazione, per cui, dopo un'iniezione endouretrale, si avrebbe il passaggio fino negli strati muscolari; il medicamento si usa in soluzioni di 1:4000 sotto forme di irrigazioni uretrali o lavande vescicali.

Fra le sostanze coloranti sono anche da citarsi: *violetto di genziana, cristalvioletto, bleu di metilene, metilvioletto,* ecc.

Il verde brillante ed il bleu-notte (*night-blue*) sono molto tossici rispetto ai tessuti; tale tossicità però si riscontra (in grado minimo nelle flavine) in tutte queste sostanze, sicchè anche con i nuovi antisettici non si è fatto, a rigore, un gran passo avanti.

Particolare menzione merita il bleu di metilene, che viene raccomandato anche per uso interno, contro la malaria e la blenorragia: cg. 40-80, in cartine di cg. 10, associato al salolo od al bicarbonato di sodio, oppure per via ipodermica, in soluzione al 10 %, meglio se associato all'ergotina, pure in soluzione al 10 %. Il bleu di metilene viene usato anche con successo per pennellazioni (soluzione alcoolica a 1 %) nell'eresipela; la cute sana si colora, non così le chiazze erisipelatose, le quali vanno poi impallidendo e scomparendo.

Il *rosso scarlatto di Biebrich* è un attivo rimedio cheratoplastico usato nelle lesioni cutanee e specialmente nelle ulcerazioni da radium e da raggi X.

***

Siamo ancora lontani, dunque, dall'aver trovato un antisettico che uccide i germi e risparmia i tessuti, mentre, d'altro lato, si urta contro il grave scoglio dell'*assuefazione dei microbi agli antisettici*, per cui una dose tossica di antisettico diventa, dopo un certo tempo, innocua. Da ciò deriva il postulato di *alternare gli antisettici*: esso culmina nel consiglio di Richet *jun.* di scegliere sette buoni antisettici, usandone uno ogni giorno della settimana. È questo un principio che si è anche dimostrato utile nella terapia interna, p. es. della tubercolosi, in cui la vera cura consiste nell'uso di successivi e molteplici medicamenti.

fil.

Erratum. — Nel fasc. 39, a pag. 1301, la firma (tolta alla fine dell'articolo precedente) è stata inserita per una svista del tipografo; a pag. 1322, 2ª notizia, leggere «29 settembre».

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Sul potere battericida della mucosa intestinale.

(SOLI. *La Pediatria*, 1921).

La variazione quantitativa della flora batterica è ormai fin da Billort dimostrata nei diversi tratti del tubo gastro-enterico.

Dalle successive esperienze di Escherish Tixier, Gilbert e Dominici, Liebermeister, ecc., si può venire alle seguenti conclusioni, che i microrganismi sono poco numerosi nello stomaco, diventano più rari nel duodeno e nella prima porzione del tenue (a volte sterile), per aumentare progressivamente nell'ilo, nel cieco, nel retto.

La causa della relativa povertà della flora batterica nello stomaco, come per primo fu dimostrato dallo Spallanzani, è dovuta all'azione del succo gastrico; ma al potere di quale altra sostanza, oltre all'acido cloridrico libero, ciò sia dovuto, non si sa con precisione.

La causa della diversa ripartizione quantitativa della flora intestinale rappresenta un problema assai oscuro: per spiegarla si sono invocati fattori di natura meccanica, di natura chimica e di natura biologica. Come fattore meccanico: la peristalsi intestinale diversa nei diversi tratti, che impedirebbe un lungo soggiorno del chimo e quindi lo sviluppo batterico.

Come fattore chimico: l'acidità del materiale enterico, il vario contenuto in ossigeno, l'azione dei diversi succhi: enterico, pancreatico, biliare; erroneamente però, perchè essi non hanno azione battericida.

Come fattori biologici: l'azione vitale di altri microrganismi e il potere battericida della mucosa intestinale.

Circa quest'ultima Fermi (nel 1896) suppose un antagonismo tra l'epitelio della mucosa enterica e numerose specie batteriche, tranne il *bacterium coli.*

Schutz (nel 1901) introducendo una emulsione di vibrioni di Metchinikoff nel duodeno (esclusa l'azione dell'acido cloridrico) dopo tre ore vedendo che questi non erano più dimostrabili, pensò che i tessuti potessero segregare sostanze battericide.

Rolly e Liebermeister dopo aver confutata l'azione della peristalsi intestinale e del succo enterico, iniettarono in un'ansa intestinale, dopo legate le estremità, una sospensione batterica e trovando dopo poco tempo quella quasi sterile, ritennero la mucosa intestinale dotata di potere battericida.

Medowikow trovando il chimo, raccolto da una fistola enterica, più ricco di microrganismi di quello soggiornante nei recipienti, negò tale potere.

Lo stesso fece Wolman (1910) studiando due anse, in cui aveva introdotto una sospensione batterica, l'una immergendola in una miscela di sangue defibrinato e soluzione fisiologica, l'altra tenendola sospesa all'aria libera, poichè non trovò differenze quantitative microbiche tra le due anse, di cui una avea già l'epitelio mortificato, l'altra integra.

Soli, per delucidare questa vertenza intraprese un accurato studio sperimentale, procedendo nel modo seguente:

Asportata un'ansa di intestino di coniglio, ucciso per puntura lombare, la lega ai due estremi e v'inietta 1 o 2 cmc. di emulsione batterica.

Poi, dopo averla rimescolata, divide l'ansa nel mezzo tra due lacci; di cui una (ansa controllo) lascia in termostato a 37° in camera umida, l'altra (ansa in esperienza) utilizza subito.

Dalle due anse, rispettivamente, leva con una pipetta sterile graduata una determinata quantità di contenuto, che semina in piastre di agar. A sviluppo completo conta le colonie sviluppatesi dalla emulsione delle due anse e trova sempre che le colonie dell'ansa in esperienza sono maggiori di quelle dell'ansa di controllo.

Le esperienze sono cinque.

Nella prima adopera il *prodigiosus* con le modalità su indicate.

Nella seconda, invece di introdurre l'emulsione batterica nell'ansa si avvale dei microrganismi che numerosi si trovano nell'appendice su cui esperimenta.

Nella terza adopera in diversi tratti intestinali il *bacterium coli.*

Nella quarta studia il potere della mucosa enterica sulle spore, adoperando quelle del carbonchio.

Nella quinta studia il potere della mucosa dopo avere alterato il suo epitelio con l'ischemia.

Ad una cavia adulta lega un'ansa (controllo) lasciando un po' di contenuto, ad un'altra (ansa in esperienza) lega anche i vasi sanguigni corrispondenti. Al mattino dopo procede come al solito alla semina delle piastre agar.

Tali risultati, afferma Soli, parlano in favore dell'azione battericida della mucosa in modo chiaro, mancando l'azione meccanica della peristalsi, essendo dimostrata nulla l'azione del succo enterico da altri ricercatori, e non essendo certo dovuto all'azione del tessuto vivente, per altre esperienze dal Soli eseguite con anse invaginate a dito di guanto, in cui le emulsioni batteriche non si mostravano affatto influenzate dal contatto delle sierose.

Per cui conclude:

1° La mucosa intestinale è dotata di un vero e proprio potere battericida, dovuto all'azione biologica specifica dell'epitelio di rivestimento.

2° Tale potere va perduto per lesione della mucosa.

3° Tale potere varia di intensità nei diversi tratti intestinali.

4° Tale potere si esercita oltre sulle forme vegetative, anche sulle sporigene.

5° Tale potere influisce alla determinazione della comune flora intestinale.

FAUSTO AMANTEA.

DIAGNOSTICA.

Diagnosi differenziale tra glicosuria gravidica e diabete in gravidanza.

(H. SALOMON. *Münchner. med. Wochenschr.*, n. 13, 1921).

È sommamente importante distinguere l'innocua glicosuria gravidica dal vero diabete, grave complicazione della gravidanza.

La glicosuria gravidica si presenta in tre forme:

1° La forma più comune è la glicosuria lieve persistente. Con alimentazione mista vengono eliminati pochi decimi per cento di glucosio; la soppressione degli idrati di carbonio dalla dieta non diminuisce che di poco la glicosuria senza farla scomparire; così pure la somministrazione di alimenti ricchi in idrati di carbonio non fa aumentare che di poco il glucosio dell'urina. Il diabete vero difficilmente si presenta così; se esso è tanto lieve da provocare, durante l'alimentazione mista, una glicosuria scarsa, la soppressione degli idrati di carbonio fa scomparire la glicosuria; se, viceversa, il diabete vero è così intenso come lo dimostrerebbe la persistenza della glicosuria dopo la soppressione completa degli idrati di carbonio dalla dieta, allora un'alimentazione ricca di idrati di carbonio deve fare aumentare notevolmente la glicosuria.

2° Esiste una certa tolleranza verso gli idrati di carbonio; soltanto quando la somministrazione di essi ha raggiunto un determinato limite, compare la glicosuria. È molto difficile distinguere questa forma da un diabete nel quale la tolleranza sia alta; l'unico criterio differenziale è lo scarso aumento del-

la glicosuria in seguito alla somministrazione di idrati di carbonio in quantità.

3° La forma più rara è quella in cui la glicosuria è intensa. Questa forma non è clinicamente distinguibile dal diabete.

Soltanto la ricerca quantitativa del glucosio nel sangue rende possibile la diagnosi; questa ricerca è indispensabile per distinguere con sicurezza la glicosuria, sotto qualunque forma essa si presenti, dal diabete.

Anzitutto si esamina il sangue del malato digiuno. Un contenuto in glucosio non superiore al 0.1 % rende probabile la glicosuria gravidica, specialmente se l'urina contemporaneamente emessa contiene dello zucchero. Nel diabete il contenuto in glucosio del sangue a digiuno è di solito più alto. Se si tratta di una glicosuria della 1ª forma si potranno allora somministrare subito all'ammalato 50 gr. di glucosio; se della 2ª o 3ª forma (nelle quali è più difficile escludere clinicamente che si tratti di diabete), 150 gr. di pane, e soltanto poi, se la glicemia non è aumentata che di poco, 50 gr. di glucosio. Si esamina il sangue un'ora dopo tale somministrazione; nei casi di glicosuria gravidica il contenuto in glucosio del sangue rimane inalterato o aumenta di pochi centigrammi dopo la somministrazione di 50 gr. di glucosio, restando sempre al disotto di 0.15 %; si aumenta allora fortemente la quantità degli idrati di carbonio, somministrando 100 gr. di glucosio, pane e miele, e si riesamina il sangue un'ora dopo. Nei casi di diabete il contenuto in glucosio del sangue sale al disopra di 0.15 % già dopo la somministrazione di 150 gr. di pane.

I risultati di tali esami del sangue eseguiti dall'autore su gravide glicosuriche si possono distinguere in tre gruppi:

1° Il sangue a digiuno contiene non più del 0.10 % di glucosio. La somministrazione di idrati di carbonio, anche in gran quantità, non provoca che un lieve aumento dello zucchero nel sangue, che non supera mai il 0.15 %. Tale risultato è tipico della glicosuria gravidica, e, se confermato con esami ripetuti, rende assolutamente sicura la diagnosi. La maggior parte dei casi di glicosuria gravidica appartiene a questo gruppo.

2° Il sangue a digiuno contiene scarso glucosio come nel 1° gruppo. In seguito alla somministrazione di idrati di carbonio il glucosio aumenta fino oltre 0.15 %. In questi casi la diagnosi differenziale non è possibile con sicurezza.

3° Il sangue a digiuno è ricco di glucosio, che aumenta ulteriormente dopo la somministrazione di idrati di carbonio. Tale comportamento è caratteristico del vero diabete.

POLLITZER.

NEUROLOGIA.

Le « sindromi parkinsoniane ».

Nella riunione annuale della Società di Neurologia di Parigi (3-4 giugno 1921) è stata discussa una sola questione posta all'ordine del giorno e della quale era relatore Souques, intitolata: *Le sindromi parkinsoniane.*

La sindrome parkinsoniana non deve essere considerata come entità morbosa, ma come una sindrome comune a cause differenti che agiscono su una stessa regione cerebrale.

L'*anatomia* del corpo striato è di data recente ed è legata ai nomi dei coniugi Vogt, di Wilson e di Hunt. Lo striato è composto di più segmenti i quali vanno distinti in un paleostriato (*N. Caudato* e *Putamen*) ed un neostriato (*Globus pallidus*). Il *g. pallidus* contiene una sola specie di cellule nervose analoghe a quelle della zona motrice della corteccia, vere cellule a neurone di proiezione. Il *putamen* e il *caudatus* invece racchiudono due specie di cellule; alcune, rare, analoghe alle precedenti e costituenti un sistema speciale « del pallido » ed altre assai più numerose piccole a cilindrasse corto con neuroni d'associazione. Il sistema del pallido o dell'ansa, comprende 5 fasci efferenti e cioè: 1) il Pallido-talamico; 2) Pallido-Luysiano; 3) Pallido-rubrico; 4) Pallido-nigrico; 5) Pallido-segmentario (al N. di Darkschewitsch). Il talamo è il solo organo che invia fibre al corpo striato, mentre che il sistema piramidale, il cervelletto, il nastro di Reil non v'entrano in rapporto che indirettamente. Il sistema del pallido per mezzo dei nuclei talamici si mette in rapporto con le vie extra-piramidali, costituite dal F. rubro-spinale, via ancor male conosciuta, che nata dal N. rosso di un lato passa nel midollo dal lato opposto a fianco del f. piramidale nel cordone laterale. Così, anatomicamente, il C. Striato appare un organo autonomo, come un centro completo, con la sua via afferente proveniente direttamente dal talamo e la sua vita efferente dirigentesi verso di questo e alla regione sotto-talamica.

Fisiologia. — Le lesioni dello striato determinano disturbi motori consistenti in: abolizione dei movimenti automatici e associati, e agitazione involontaria ritmica o aritmica dei muscoli. D'altra parte l'ipertono che determinano le lesioni dello striato permettono d'af-

fermare che esso è uno dei *centri importanti del tono muscolare*. La clinica insegna come lo striato debba essere un *centro vaso-motore ed emotivo* importante. Probabilmente dalla sede e dal grado delle lesioni dipendono le varie sindromi dello striato. Il tono non è che una leggera contrazione del muscolo inattivo, mantenuto da un'eccitazione riflessa permanente. *Moderare il tono ed impedire l'agitazione involontaria dei muscoli*, tali sono le *funzioni* essenziali dello striato.

Anatomismo clinico. — I. Le lesioni limitate allo *striato* determinano: 1° la corea cronica di Huntington, nella quale le lesioni distruttive colpiscono dapprima lo striato e più tardi la corteccia cerebrale (degenerazione atrofico-striata di P. Marie e Lhermitte); 2° Liatetosi doppia, o sindrome di C. Vogt, che riconosce per *substratum* anatomico di un *état marbré* dello striato.

II. Le lesioni distruttive dello *striato* e del *pallidum* danno: 1) la malattia di Wilson o degenerazione progressiva del lenticolare associata a cirrosi del fegato, caratterizzata da: rigidità muscolare, da un tremore a tipo parkinsoniano, movimenti coreo-atetosici, spasmi, disartria, disfagia e astenia; 2) la pseudosclerosi di Westphall-Strümpell, difficile a differenziarsi dalla malattia di Wilson, ma le cui lesioni appartengono piuttosto alla teratologia.

III. Le lesioni limitate al *pallidum* darebbero luogo, secondo alcuni, alle sindromi parkinsoniane. Ma questa teoria non è ammessa da tutti gli autori. Si è cercato perciò il *substratum* anatomico della paralisi agitante nel sistema muscolare e poi nell'endocrino; teorie oggi definitivamente abbandonate; e quindi nel sistema nervoso: e prima nel Locus niger, poi nel N. ruber ed infine nel C. Striato e del talamo. Per Hunt la sola lesione che possa essere invocata a causa della sindrome parkinsoniana è rappresentata da un'atrofia degenerativa progressiva dei neuroni del sistema del pallido. Trétiakoff invece ammette che il substratum anatomico vada ricercato nel Locus niger. Altri infine credono di poter conciliare le due teorie ammettendo che il Locus niger rappresenti un segmento del talamo ottico distaccatosi nel corso dello sviluppo filogenetico.

I coniugi Vogt, partigiani dell'origine striata del morbo di Parkinson, vorrebbero allargata la zona imputabile e hanno trovato all'autopsia di malati affetti da Parkinson lesioni macroscopiche nelle regioni dei nuclei centrali grigi e dei peduncoli cerebrali.

Etiologia. — La *causa* della malattia spesso sfugge anche all'indagine più minuziosa. Sembra certo non si possano incolpare i traumi o le emozioni. Invece hanno parte importante le infezioni fin'oggi troppo dimenticate, e l'ultima epidemia influenzale ha dimostrato invece quanta parte ve ne debba avere nella etiologia del Parkinson. D'altra parte non pare che la lue vi entri come fattore patogenetico importante; mentre non si può dire altrettanto dell'arterio-sclerosi cerebro-spinale. Il sesso non ha grande importanza: l'età preferibilmente colpita è tra i 40 e i 60 anni, ma esistono anche casi in persone più anziane e nei giovani e bambini.

Sintomatologia. — I *segni* della *sindrome parkinsoniana* sono essenzialmente tre: la rigidità, la perdita dei movimenti automatici e associati, e il tremore. Esistono inoltre anche altri sintomi secondarii. Il tremore viene sospeso, ma non sempre, dai movimenti volontarii. Poco colpiti sono i muscoli della faccia. La rigidità muscolare è il segno più importante del Parkinson e colpisce generalmente tutto un arto e non un segmento di esso. Lo stato dei riflessi è esagerato, ma non si verifica mai il clono della rotula o del piede nè il fenomeno del Babinski, salvo rare eccezioni. L'abolizione dei movimenti automatici e associati viene resa evidente facilmente (facendo camminare il paziente si osserva come egli non muova affatto le mani). I movimenti volontarii vengono resi assai difficili per la rigidità, specie poi nel periodo avanzato ove sono lenti, ritardati, limitati e faticosi. Nel periodo terminale si giunge ad una vera impotenza assoluta. (Caratteristica la storia di quel paziente che morì affogato in una pozzanghera nella quale era caduto!).

Evidente il contrasto tra la conservazione della forza di resistenza e la singolare diminuzione della forza di pressione. La facies è troppo caratteristica perchè meriti una descrizione. La parola è bassa, monotona, a volte impossibile. La scrittura esaminata colla lente di ingrandimento appare tremula. Un fenomeno singolare è quello descritto sotto il nome di progressione metadromica e che consiste nel fatto che alcuni malati mentre sono appena capaci di camminare lentamente da soli, sostenuti, riescono a saltare e a correre. Altri sono capaci a volte di parlare correntemente, mentre che altre volte non riescono ad articolare una sillaba. Tale fenomeno è stato definito da Souques come una Kinesia paradossa. I disturbi della sensibilità consistono in dolori, più frequenti di quanto non si ritenga, localizzati a livello delle articolazioni e lungo i muscoli. I disturbi vaso-motori sono rappre-

sentati da sudori, edema e scialorrea, e da sensazione localizzata di calore. L'intelligenza è conservata: e i disturbi psichici sono più apparenti che reali. Esiste tuttavia un'esagerazione dell'emotività.

Forme cliniche della sindrome parkinsoniana: 1) una forma tipica; 2) una forma frusta di Parkinson con tremore senza rigidità, 3) una forma frusta con rigidità senza tremore.

A seconda l'età e la natura si distinguono: 1) la sindróme senile (si inizia dopo i 40 anni, in maniera silenziosa senza causa); 2) la forma giovanile, in genere familiare e ereditaria; 3) la sindrome parkinsoniana per lesioni presenili dello striato (C. e O. Vogt) che sembra non differenziarsi dalle forme fruste senza tremore; 4) le sindromi parkinsoniane per lesioni macroscopiche a focolaio, difficili a separarsi dalle forme senili; 5) La forma post-encefalo-letargica. La rigidità in questa forma costituisce il sintoma capitale associato ad un tremore leggero e fugace. L'inizio è segnato da dolori che scompaiono quando si stabilisce la rigidità. Rigidità e tremore si stabiliscono *d'emblée* a differenza del Parkinson comune in cui si manifestano a tappe. I sintomi secondari sono quelli stessi del Parkinson classico. Dal punto di vista prognostico i sintomi si dividono in regressivi, stazionari e progressivi. I primi sono rari e le ricadute frequenti. Secondo Souques la sindrome di Parkinson consecutiva a encefalite letargica va considerata come un vero e proprio Parkinson.

Diagnosi e cura. — L'errore non è possibile che sull'inizio. Si può allora confondere la sindrome con un crampo degli scrivani o una emiplegia volgare. Quando predomina o esiste da solo il tremore si debbono escludere i tremori ereditarii e familiari, i basedowiani. i tossici e quelli della sclerosi a placche. Non esistono, secondo Souques, i tremori senili, che però rientrano in una delle categorie precedenti. Nella malattia di Wilson esistono anche altri elementi che permettono agevolmente la diagnosi differenziale. Quando esiste solo la rigidità, la malattia di Parkinson può essere confusa colle paralisi lacunari o colle sindromi pseudo-bulbari, nella varietà corticale e centrale in ispecial modo: nelle prime di esse, infatti, esistono disturbi della fonazione e dell'intelligenza: prevalgono nella seconda disturbi della mimica, della masticazione, della salivazione e della deglutizione. Nei casi di grave deformità delle estremità si deve porre nella diagnosi differenziale anche l'artrite deformante.

Cura. — Non esiste una cura causale, ma esistono solamente dei rimedi palliativi, alcuni dei quali efficaci. La scopolamina da 1/4 a 1 mmg.: (attenzione agli avvelenamenti e alla assuefazione!). Come succedaneo si può prescrivere la ioscina, la iosciamina, il solfato di duboisina, l'atropina. Recentemente sono state consigliate e praticate (anche per via endovenosa) iniezioni ad alte dosi di cacodilato di sodio (da 6 a 8 gr. in 10-12 giorni !). I sintomi con tale terapia possono migliorare, ma possono presentarsi anche i sintomi dell'avvelenamento (eccitamento cerebrale, delirio, allucinazioni) che reclamano la sospensione del rimedio. Vanno consigliate insistentemente la idroterapia e il massaggio, la mobilizzazione delle articolazioni. Da sconsigliarsi invece sono gli interventi chirurgici (allungamento di tendini retratti).

Dott. e. Mgz.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

CH. LAUBRY et C. PEZZI. *Traité des Maladies congénitales du cœur.* (Baillière et Fils, éd., Paris, 1921).

Le malattie congenite, nel giudizio di molti, occupano un posto secondario nella patologia del cuore: poche nozioni d'indole generale sono ritenute sufficienti, per la ferma convinzione che ogni sforzo sarebbe frustrato dalla difficoltà d'indagine e dalla impossibilità di una discriminazione diagnostica precisa. A conservare tale stato mentale comune contribuiscono non pochi trattati, per il modo con cui gli autori si occupano delle malattie congenite; contribuiscono le contradittorie pubblicazioni anche recenti, le difficoltà d'indole etio-patogenetica con il facile successo per una fantasia, che non ha controlli.

Riunire in volume tutto il materiale clinico esistente, criticarlo con quello spirito di serenità che concede solo un lungo studio dell'argomento, aggiungere alla esperienza altrui tutto un tesoro accumulato in dieci anni in una scuola, che fa onore alla Francia, quella del Vaquez, dimostrare che anche in questo campo la medicina clinica ha fatto positive conquiste, è lo scopo che si propongono Laubry e Pezzi. Lavoro forse ingrato, agli occhi di coloro i quali vogliono vedere in ogni contributo medico un mezzo di immediata applicazione, a sollievo delle sofferenze umane; lavoro difficile, ma altamente meritorio agli occhi di coloro, i quali vedono nella esatta precisione dell'osservazione clinica un progresso per la diagnosi: questa è stata e resta sempre la somma necessità della cura.

Nello schema dell'opera alle nozioni generali sullo sviluppo del cuore segue quella che si potrebbe chiamare la fisiopatologia generale: l'anatomia generale, la patogenesi, la classificazione clinica delle malattie congenite del cuore. La parte clinica speciale è molto opportunamente preceduta da uno studio generale, ma particolareggiato, dei sintomi, e di ogni sintoma gli autori si fermano a discutere l'importanza generale e sopratutto la patogenesi.

Con esatto criterio, che secondo noi potrebbe costituire la guida diagnostica differenziale in casi di difficile risoluzione, nella parte clinica sono distinte le sindromi in rapporto con lesioni del cuore destro, e le sindromi in rapporto con lesioni del cuore sinistro: tra le prime sono prese in considerazione la stenosi polmonare, la stenosi e atresia dell'orifizio tricuspidale, la persistenza del canale di Botallo; inoltre e per la frequenza con cui accompagnano i vizi congeniti del cuore destro e per la sintomatologia clinica in parte comune, nello stesso gruppo sono comprese le lesioni congenite che colpiscono i setti (comunicazione interauricolare, comunicazione interventricolare). Le sindromi delle malattie complesse per associazioni di vari difetti congeniti, sono accuratamente studiate, almeno quelle che più frequenti ha dimostrato l'esperienza clinica. Tra le malattie del cuore sinistro sono più specialmente considerati la stenosi dell'aorta e nelle sue origini e nell'istmo. In un capitolo sono studiate le anomalie di posizione del cuore. Infine dopo una breve esposizione sull'etiologia delle affezioni congenite, l'ultima parte è dedicata all'evoluzione generale, alla prognosi, alla cura delle affezioni congenite del cuore.

Ho voluto riportare lo schema del libro, perchè esso offre già una idea dell'immane lavoro compiuto da Laubry e Pezzi. Ma non posso tacere dei meriti precipui nella trattazione: a me sembra che un giusto equilibrio domini in tutta l'opera, che un eclettismo, forse talora esagerato, il quale permette di cogliere (e la scelta è spesso sapiente) il buono là dove esso si trova, sia di guida nelle questioni controverse. Il merito però principale degli AA. è quello di aver ripreso le vecchie conoscenze cliniche sottoponendole al vaglio dei reperti anatomici, di avere determinato il valore clinico dei sintomi e delle sindromi, cercando di coordinare quello che era il resultato degli antichi metodi d'indagine coi resultati dei più moderni: esame grafico, elettrocardiografico, esame del sangue specialmente dal punto di vista chimico (gas del sangue).

Noi abbiamo sempre pensato che la clinica è difficile perchè i complessi sintomatologici sono variabilissimi in sè e per l'individuo: ma quando si arricchiscono i mezzi di rilievo e si arricchisce il bagaglio di ricerca, si offre un mezzo duttile in mano abile per discriminare la diagnosi. Questa opera di fine ricamo, di paziente analisi, Laubry e Pezzi hanno compiuto. Non sono certo, così, risoluti tutti i problemi diagnostici e specialmente i patogenetici nelle affezioni congenite del cuore, non tutte le affezioni trovano la loro specifica espressione clinica, e gli AA. lo riconoscono ad ogni passo del difficile argomento; ma avere riunito, aggiungendo la felice propria esperienza, tutto quanto di meglio è a disposizione del medico per la diagnostica e la comprensione delle affezioni congenite del cuore è grande merito di cui lo studioso sarà grato agli AA.

Il libro è corredato da figure schematiche, da grafiche, da elettrocardiogrammi dimostrativi, originali, dovuti alla perizia tecnica dei due studiosi, e riporta una fina e moderna letteratura.

t. p.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta ordinaria del 17 luglio 1921.
Presidenza: Prof. G. MIRANDA, presidente.

È l'adrenalina un ormone?

MARFORI prof. PIO. — Riferisce sulle ricerche e conclusioni del Gley secondo le quali non può considerarsi l'adrenalina un ormone come si è ritenuto fino ad ora.

Le esperienze del Gley consistono nel prendere alcuni cmc. di sangue arterioso da un cane (datore) nel momento in cui viene eccitato lo splancnico e nell'iniettare questo sangue in una vena di un altro cane (reattivo).

Poichè in tal modo non vien fatto di osservare al Gley un aumento della pressione arteriosa, così egli conclude che nel sangue dell'animale datore non trovasi adrenalina e per tanto l'adrenalina, che nell'animale stesso durante l'eccitamento dello splancnico si riversa nelle vene surrenali, viene completamente distrutta prima di giungere al sangue arterioso.

Il prof. Marfori dimostra innanzi tutto con un esame critico delle ricerche del Gley che la conclusione alla quale questi giunge non può essere accettata in modo assoluto, poichè non sembra probabile che le piccole quantità di sangue che egli sottrae all'animale durante l'eccitamento dello splancnico ed inietta poi nell'animale reattivo debbano contenere una tale quantità di adrenalina da poter manifestare ancora effetti pressori allorchè penetra nel sangue di quest'ultimo, pure essendo sufficiente ad esercitare la sua azione biologica nel cane produttore.

Nell'intento di dimostrare sperimentalmente che il concetto dal quale il Gley parte non è accettabile, il prof. Marfori si è posto nelle stesse condizioni sperimentali del Gley, soltanto che invece di provocare la immissione di adrenalina mediante eccitamento del simpatico nell'animale datore di sangue, inietta direttamente nel sangue venoso di questo animale una soluzione di adrenalina a dosi diverse e nel resto procede col metodo del Gley. In tal modo dimostra che se si inietta una piccola dose di adrenalina e mentre si fa l'iniezione e si ha un ben manifesto aumento della pressione arteriosa, si prendono 30 cmc. di sangue arterioso dall'animale e si iniettano nell'animale reattivo, non si ha innalzamento in quest'ultimo della pressione arteriosa. Ciò significa che mentre nel sangue arterioso dell'animale trovasi una dose tale di adrenalina da dare in esso manifesta azione ipertensiva, pure tuttavia se si prende una piccola quantità di sangue arterioso e si inietta in altro animale (reattivo) non si manifesta alcuna azione ipertensiva. Se la quantità di adrenalina che si inietta è però forte, allora il sistema arterioso dell'animale reattivo manifesta evidente azione ipertensiva. Bisogna quindi concludere che come in queste ricerche di Marfori così in quelle del Gley, il mancato effetto pressorio per iniezione di sangue arterioso nell'animale reattivo, non è dovuto al fatto che l'adrenalina non giunge al sangue arterioso, ma soltanto al fatto che con il sangue arterioso si iniettano quantità di adrenalina così piccole da non dare alcuna *azione ipertensiva* nell'animale reattivo.

Secondo Marfori queste sue ricerche valgono a togliere a quelle del Gley il grande valore di «*experimentum crucis*» che egli vi attribuisce e a rimettere la questione della natura ormonica dell'adrenalina nelle stesse condizioni in cui trovavasi prima delle ricerche del Gley, quando cioè l'adrenalina era universalmente ritenuta un ormone ad azioni simpatico-toniche ben distinte e caratteristiche.

Presentazione di alcuni infermi e dimostrazione di reperti.

Pascale prof. Giovanni. — Presenta alcuni ammalati sottoposti alla cura di radium e precisamente un caso di epitelioma della regione temporale, un caso di enorme ipertrofia della tiroide, con tachicardia ed esoftalmo, un terzo caso di vero linfoma maligno. Questi tre casi sono perfettamente guariti con l'applicazione del radium. Al contrario un caso di vasta cicatrice deformante del volto non ha migliorato con la cura del radium e così pure in un caso di epitelioma della mammella non si è avuta alcuna riduzione del tumore, anzi in quest'ultimo un peggioramento essendosi osservata in un breve tempo una disseminazione per le vie superficiali. Questi differenti risultati della cura del radium stanno a dimostrare differenze profonde tra i diversi tumori anche della stessa specie.

Presenta inoltre un caso di sinovite traumatica del ginocchio con anchilosi angolare operato aprendo l'articolazione e sovrapponendovi la fascia-lata, secondo un metodo proprio, in modo da impedire l'anchilosi articolare. L'esito è stato buono essendosi ristabilita la mobilità dell'articolazione.

A. Chistoni.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

(Seduta del 1° luglio 1921).

Sulla trasmissione del vaiolo umano ai gallinacei e sui rapporti tra vaiolo umano ed aviario.

E. Bertarelli. — Premesse alcune considerazioni sovra le analogie tra le diverse forme di vaiolo dei varii vertebrati, comunica sue prove di trasmissione positiva del vaiolo umano al gallo. Scarificazioni ai barbigli del gallo infettate con pus vaioloso umano di pustole in pieno sviluppo hanno dato risultato positivo con manifestazioni che corrispondono nettamente alla pustola vaiolosa umana. Innesti corneali non hanno offerto risultato positivo.

Offre dati circa la incubazione, il decorso, le manifestazioni.

Bene inteso il fatto nulla depone per la identità tra vaiolo umano ed aviario, ma dice la possibilità della trasmissione del vaiolo umano ai gallinacei.

Sopra un fenomeno paradosso nella tindalizzazione e sul meccanismo del processo di sterilizzazione frazionata.

E. Bertarelli. — Durante la tindalizzazione di materiali lipoidei, B. ha osservato un fenomeno paradosso: in terza e quarta giornata il numero delle colonie aumentava invece di diminuire.

Il B. spiega il fenomeno col fatto che il ritmo di trattamento cronologico è nelle solite 24 ore superiore al periodo necessario perchè talune spore possano rivegetare e moltiplicarsi e ne trae argomento a considerazioni sopra il controverso meccanesimo della tindalizzazione (esplicazioni di Tyndall e di Gautier). Il fenomeno paradosso suggerisce una norma pratica: quando si praticano tindalizzazioni di materiali delicati, specie nella estate è bene dopo ogni singolo trattamento al calore tenere il materiale al fresco così che manchino le condizioni termiche per l'intervenire del fenomeno paradosso.

Il controllo americano dei concentrati (metodo biologico) e la proposta di un nuovo metodo.

E. Bertarelli. — Anche a nome del dott. Marchelli comunica le critiche sperimentali al metodo americano per il controllo biologico ai concentrati e mette in rilievo le difficoltà ad accogliere il metodo. Suggerisce un più logico procedimento e ne descrive i dettagli tecnici soffermandosi ai corollarii pratici in ordine alla produzione, al trasporto ed alla conservazione dei concentrati.

A. Gasbarrini.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Alcune cause meno note di morte improvvisa.

La morte improvvisa è un evento molto frequente e di notevole interesse per il medico, che si trova nella necessità di dover emettere un giudizio sulla causa. I dati anamnestici, eventualmente i risultati della necroscopia, la rendono talora evidente, come nella rottura dell'aneurisma aortico, nella paralisi cardiaca di un cardiopatico, nella rottura di una gravidanza extrauterina. Talora però anche in questi casi, si commettono errori da medici inesperti. C. Ferrai (*Giorn. del med. pratico*, anno II, n. 8) cita p. e. una diagnosi di avvelenamento fatta mentre trattavasi della rottura del sacco in gravidanza extrauterina, altri in cui venne giudicata causa della morte una frattura cranica, che invece era stata la conseguenza e si era prodotta per aver battuto la testa sul suolo in seguito a sincope mortale.

Troppo spesso viene ritenuto causa di morte improvvisa lo stato timico-linfatico, in quanto che, specialmente nei bambini, si ha spesso una iperplasia normale del sistema linfatico e si attribuisce a questo la morte, dovuta invece a bronchite capillare, ad enterite, ecc.

Pure ammesse tali riserve, è però un fatto che vi sono dei casi in cui alla costituzione linfatica va attribuita la morte per inibizione: il momento occasionale è vario, un colpo alla laringe, all'epigastrio, la cloroformizzazione appena iniziata, un trauma psichico (spavento). Il reperto anatomo-patologico, quando il settore non vi ponga particolare attenzione, può sembrare in apparenza negativo; si riscontra di solito però un timo alquanto voluminoso, anche nell'adulto e l'iperplasia non infiammatoria delle ghiandole linfatiche e della milza. Lo stato di piena digestione e quello mestruale o premestruale può pure influire su questa morte per inibizione.

Nei primissimi anni di vita, la rachitide può essere causa di morte improvvisa; particolarmente i lattanti rachitici hanno una speciale sensibilità del sistema nervoso centrale, dimostrata anche dalla frequenza di accessi convulsivi, con i quali quasi sempre si accompagna la morte. Vi concorrono poi spesso lievi fatti di bronchite capillare, malattie gastro-intestinali, alterazioni del miocardio.

Anche l'ipoplasia del sistema arterioso, collegata con quella del sistema cromaffine, e specialmente delle capsule surrenali, può costituire il momento predisponente per la morte improvvisa. La causa immediata, occasionale può essere talora grave (arresto di un boccone nella deglutizione all'adito laringeo, bronchite capillare diffusa, forte percossa all'epigastrio, cloroformizzazione protratta); tal'altra invece minima, come una rapida stretta al collo, un piccolo rigurgito di latte nei lattanti, il primo applicare della maschera respiratoria e via dicendo; in altri casi poi ogni momento occasionale, anche lieve, sfugge affatto e non si può che giudicare in via di probabilità. Ci si deve però guardare dall'attribuire un'eccessiva importanza alle condizioni generali capaci di determinare la morte improvvisa, mentre un attento esame macro- e microscopico degli organi fa spesso rintracciare la causa diretta.

fil.

Ascesso tonsillare seguito da morte.

G. Coulet (rif. in *Medical Review*, marzo 921) riporta l'osservazione di un giovane ventenne ammesso all'ospedale dopo 3 giorni di disfagia assai penosa. All'esame non si notavano nè ulcerazioni nè pseudomembrane, ma solo una tumefazione assai dolente al palato molle e tonsilla destra: lato destro del collo edematoso. La puntura col galvanocauterio diede esito a poco liquido nerastro, sieroso, con odore settico. Il giorno seguente il paziente fece una passeggiata, senza permesso; un'ora dopo il ritorno, venne trovato morto sul letto.

All'autopsia si riscontrò un grande ascesso tonsillare continuo con un flemmone diffuso del collo, che si era diffuso lungo la guaina dei vasi. Vi era pleurite con placche fibrinose, liquido sieropurulento e notevole degenerazione del sacco pericardico. Il flemmone tonsillare di eccezionale virulenza (probabilmente di origine influenzale) aveva provocato l'infezione mediastinica e la morte di un giovane robusto in 4 giorni.

fil.

TERAPIA.

Le iniezioni sottocutanee di arsenobenzoli.

La via endovenosa è quella attualmente più usata nel trattamento arsenobenzolico. Vi sono però casi in cui tale via non può usarsi e si ricorre allora alle iniezioni sottocutanee, le quali hanno però l'inconveniente di essere dolorose, ciò a cui si rimedia con l'aggiunta di anestetici. Si scioglie la dose adatta (10-15 cg.) in 1-2 cmc. di soluzione di stovaina, novocaina, cocaina a 1 %, praticando l'iniezione sotto la cute dell'addome od alla faccia

anteriore della coscia. In qualche individuo si ha, dopo qualche ora, un dolore che si calma con l'applicazione di compresse umide. Minet consiglia invece di sciogliere l'arsenobenzolo in siero glucosato a 47‰, fenicato a 1 %.

Si fanno serie di iniezioni quotidiane da 10 cg., o meglio a giorni alterni da 15 cg.; il trattamento non impedisce al malato di attendere alle sue occupazioni. *fil.*

Il fosforo nella rachitide.

R. Phemister, M. Miller e E. Bonar (*Journ. of Am. med. Assoc.*, 26 marzo 1921) hanno studiato l'effetto della somministrazione di fosforo nella rachitide, e lo illustrano con numerose radiografie. L'effetto è costante nel senso che il processo di ossificazione viene notevolmente accelerato, nelle zone rarefatte, scompaiono i segni attivi di rachitide, le estremità delle diafisi riprendono la densità normale. Il meccanismo d'azione è poco chiaro: quando si somministra il fosforo nell'olio di fegato di merluzzo, si possono attribuire i risultati alla presenza della vitamina A solubile in grassi, ma la spiegazione non vale per la sola somministrazione di fosforo; d'altra parte la quantità di questo contenuta nell'olio di merluzzo è troppo scarsa per esercitare qualsiasi influenza. È probabile che l'uno e l'altro, associati, ristabiliscano il processo di ossificazione normale, temporaneamente perduto nella rachitide, ciò che giustifica pienamente l'uso di questi medicamenti, che nella pratica dànno realmente buoni risultati. *fil.*

Intossicazione da veronal simulante l'encefalite epidemica.

Una donna di 33 anni venne ricoverata all'ospedale in stato di sonnolenza da cui poteva risvegliarsi solo con difficoltà: negli intervalli di lucidità, dava risposte intelligenti e parlava con coerenza, ma lentamente, ricadendo nel sonno durante la conversazione. Vi era diplopia e lieve ptosi del retto esterno. Lo stato letargico gradatamente scomparve dopo essere durato 13 giorni. Venne fatta diagnosi di probabile encefalite letargica, pure prendendo in considerazione le altre condizioni che possono dare il quadro di quest'ultima e cioè diverse malattie cerebrali (tumori, emorragie specialmente nel terzo ventricolo, meningite basilare sifilitica) oltre all'isterismo ed alla epilessia (narcolessi). L'anamnesi chiarì la diagnosi, quando si potè conoscere che la paziente aveva preso 36 cg di veronal e che altre volte dosi analoghe o maggiori (fino a 72 cg.) l'avevano lasciata in stato di sonnolenza o di letargia per diversi giorni.

(S. Wien, *Journ. of Am. med. Assoc.*, 1921, pag. 671). *fil.*

La cura solare (Elioterapia)

M. Gioseffi (Società Triestina d'Igiene) rileva che l'applicazione dei raggi solari va dosata nella intensità e nella durata come la somministrazione di un farmaco. L'azione curativa è dovuta ai raggi chimici e non a quelli calorici; non si devono utilizzare perciò d'estate le ore troppo calde della giornata: le ore più propizie sono quelle prima delle 10 e dopo le 15. È necessario allenarsi prima della cura con l'esposizione all'aria libera. Si deve scegliere un luogo riparato dal vento e dalla polvere, e quando non si dispone di una veranda, di un giardino, di una zona soleggiata tra gli alberi, basta anche una stanza soleggiata a finestre aperte. Non bisogna adagiarsi direttamente sul suolo, ma sopra una sedia a sdraio, una branda, una rete sospesa tra due alberi o per lo meno sopra una coperta o lenzuolo distesi per terra. Non si deve fare la cura nei giorni in cui la temperatura dell'aria sia inferiore ai 20 gradi. S'incomincia con sedute graduate di 5 minuti il 1°, di 10 minuti il 2°, di 15 minuti il 3°, di 20 minuti il 4°, di 25 minuti il 5°, di 30 minuti il 6° giorno secondo il seguente specchietto:

Piedi: 1° giorno 5 minuti; 2° giorno 10 min.; 3° giorno 15 min.; 4° giorno 20 min.; 5° giorno 25 min.; 6° giorno 30 minuti.

Gambe: 2° giorno 5 min.; 3° giorno 10 min.; 4° giorno 15 min.; 5° giorno 20 min.; 6° giorno 25 minuti.

Coscie: 3° giorno 5 min.; 4° giorno 10 min.; 5° giorno 15 min.; 6° giorno 20 min.

Addome: 4° giorno 5 min.; 5° giorno 10 min.; 6° giorno 15 minuti.

Petto: 5° giorno 5 minuti; 6° giorno 10 min.

Dorso: 6° giorno 5 minuti.

Si ripete ciascuna seduta tre volte dopo una interruzione di almeno 10 minuti.

Perchè la cura sia efficace, va fatta poi tutti i giorni per non oltre 2 ore, ricordandosi che i raggi solari devono colpire sempre il corpo nudo, mentre il capo deve essere sempre riparato preferibilmente con cappello chiaro, largo e leggero. Dopo mezza (od un'ora) si passa per 10-15 minuti all'ombra. Se si fanno contemporaneamente i bagni di mare, si può sostituire all'ombra un tuffo nell'acqua, per riprendere poi il bagno di sole.

Ricordarsi che soleggiamenti esagerati possono cagionare cefalea, irrequietezza, febbre, ustioni anche di III grado, marcato deperimento generale.

A. S.

MEDICINA SCIENTIFICA

Un fattore non considerato nella resistenza alla tubercolosi.

Corper, Gauss e Rewch riferiscono una serie di esperienze curiose ripigliando una dimenticata ipotesi di Weber il quale ammetteva che la diminuzione del $C0_2$ nel sangue favorisse lo sviluppo della tubercolosi.

Gli AA. osservano che una concentrazione del 3 % in $C0_2$ inibisce lo sviluppo del b. tubercolare nelle culture e, alla concentrazione del 15 % uccide il germe.

Iniettando b. tbc. in tessuti e mantenendo i tessuti ad una concentrazione opportuna in $C0_2$ si ha una inibizione completa di sviluppo del b., mentre tessuti di controllo mantenuti in atmosfera normale presentano lo sviluppo caratteristico.

Gli AA. pensano che il $C0_2$ possa avere una notevole importanza nello spiegare la resistenza alla tbc., e ritengono che si debbano studiare da tale punto di vista l'influenza della fatica, dell'esaurimento, del clima, delle malattie del ricambio, essendo possibile che questi fattori favorienti l'attecchimento della tbc. nell'organismo possano essere anche in rapporto alla loro capacità di alterare il contenuto in $C0_2$ del sangue.

Merita di essere seguito il ragionamento analogico di Weber, che consigliava per la cura della tbc. l'uso di bicarbonato di sodio e di HCl mezz'ora prima di ogni pasto, per generare $C0_2$ nello stomaco.

Weber osservava che i tessuti ad alto tasso in $C0_2$, come i muscoli, sono di raro invasi dal b. tbc.; che nella gravidanza, quando la madre è ricca in $C0_2$. per l'addizionato ricambio del feto, la tbc. migliora o si arresta; che nei cardiopatici con ristagno venoso nei polmoni la tbc. è rara; che nei diabetici la tbc. è frequente perchè il ricambio dei carboidrati è rallentato e circola meno $C0_2$.

(*Pathologica*, 1 agosto 1921).

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1412) *Cura specifica contro la dissenteria bacillare.* — Al dott. A. M. Rutino:

Numerose volte ci siamo occupati della cura specifica della dissenteria bacillare. Essa consiste nell'uso del siero antidissenterico ad alte dosi (40-50 cmc. al giorno) per via intramuscolare. Specialmente nei primi giorni di malattia la sua azione è qualche volta miracolosa, sempre utile ad attenuare i fenomeni tossici, a lenire i dolori, a diminuire il numero delle scariche, a modificare le qualita delle feci. Se la malattia è in periodo inoltrato, conviene ancora tentare l'uso del siero; non raramente si hanno resultati buoni; essi non sono però costanti. Alla cura specifica va associata tutta la serie dei rimedi sintomatici e conveniente dieta. — L. P.

(1413) *Cura della pustola maligna.* — All'abb. n. 1336, Verbicaro:

L'incisione e la causticazione, che lei pratica sulla pustola carbonchiosa, è terapia non da tutti accettata. Alcuni pensano che sia troppo pericoloso incidere e si contentano di causticare col ferro rovente; altri modernamente credono che anche tale pratica sia inutile, forse pericolosa, e che certamente si prolunghi il corso della malattia anche con la sola causticazione. Questa d'altra parte porterebbe serie conseguenze quando la pustola insorga sulla palpebra per esempio, o abbia una sede in tessuti adibiti a delicate funzioni di protezione. L'infezione carbonchiosa qualche volta manca di manifestazioni pustolose, ma solo provoca un diffuso edema; viene meno così l'indicazione all'intervento locale.

È difficile portare ragioni convincenti in pro' delle varie direttive terapeutiche; noi possiamo portare il resultato della nostra non breve esperienza nel Reparto Isolamento del Policlinico, dove, dopo numerosi tentativi e confronti, ci siamo fermati alla protezione locale dell'affezione carbonchiosa, con impacchi di soluzione fisiologica e ad una generosa cura sieroterapica con siero anticarbonchioso. L'uso di questo, per via intramuscolare nei casi leggeri, per via endovenosa e a grandi dosi nei casi gravi, ci ha dato resultati ottimi non inferiori certo a qualsiasi tentativo di cura locale. Solo nei casi, nei quali si interviene quando i segni di una infezione generalizzata si sono stabiliti, qualsiasi terapia locale e generale specifica ed aspecifica si è dimostrata inutile.

Quando si preferisca la causticazione, il miglior metodo per la rimozione dell'escara e

per aiutare la cicatrizzazione della perdita di sostanza è quello degli impacchi di soluzione fisiologica, rinnovati ogni quattro o cinque ore.

t. p.

(1414) *Affezione polmonare letale con tachipnea.* — Al dott. M. M., Vico Garganico:

La descrizione che lei fa del quadro morboso osservato corrisponde a quello della tubercolosi miliarica. È facile comprendere la ragione in tali casi della tachipnea.

t. p.

(1415) *Fenacetina e cianosi.* Il dott. M. M. da V. G. chiede spiegazioni circa un'intensa cianosi verificatasi in una donna poco dopo l'ingestione di fenacetina (prodotto pari), cianosi scomparsa poi senza lasciar traccia.

Il fenomeno della cianosi, dopo ingestione di dosi alte di fenacetina, non è infrequente (cfr. *Policlinico*, Sez. Prat., 1919, pag. 651); esso va attribuito al fatto che la fenacetina, come tutti i derivati amidici del benzolo, è un veleno ematico (discioglie le emazie e trasforma l'emoglobina in metaemoglobina). Tale proprietà tossica è debole per i derivati della fenacetina (fenacetina, fenocolle, lattofenina), maggiore per quelli dell'anilina (antifebbrina) e massima in quelli della fenilidrazina; fra questi ultimi ricordiamo la maretina, che appunto perchè spiccatamente tossica è stata abbandonata.

fil.

(1416) Al dott. G. B. da P.:

Un buon manuale per medici pratici è quello del FLAMINI, edito dall'Amm. del Giornale *Il Policlinico* e posto in commercio a L. 20, ma ceduto agli abbonati al prezzo di L. 15. È anche consigliabile il COZZOLINO: *Manuale di Pediatria,* di cui è già uscita la 1ª parte della terza edizione, che costa L. 35 ed è edito da V. Idelson - Napoli.

ARPO.

(1417) Al dott. E. Biondi, Milano:

Un'ottima rivista generale sulle vitamine venne pubblicata da P. Ramoino in questo giornale, 1920, p. 819, sotto il titolo « Le avitaminosi ». Cfr. anche A Scala, « Beriberi e malattie per carenza », in « Annali d'Igiene » (1919), dove è seguìta la letteratura su questo argomento.

R. B.

VARIA

I medici morti della malattia che hanno studiato

Rolleston in una conferenza al St.-Mary Hospital di Londra ha trattato con erudizione e con garbo questo interessante argomento.

Nothnagel, noto per la sua fondamentale monografia sull'*angina pectoris,* morì di un attacco di questa forma morbosa. Laennec, cui dobbiamo la scoperta dell'ascoltazione, che gli permise un diligente studio sulla clinica della tubercolosi polmonare, morì di questa malattia. Gull, che descrisse la fibrosi capillare del rene, che si accompagna ad ipertensione arteriosa, morì di emorragia cerebrale. Mikulicz, il grande chirurgo dello stomaco, morì di carcinoma gastrico. Habershon, noto autore di un trattato sulle malattie dello stomaco, morì di ulcera gastrica. Fowler, autore di un trattato sull'appendicite e di un particolare metodo operatorio di essa, morì di appendicite. Garrod, che scoprì l'acido urico nel sangue dei gottosi, morì di gotta. Corvisart e Lancisi, di malattia di cuore.

Sono frequenti i casi di studiosi di malattie infettive morti per una infezione incontrata nello studio di esse; ricordiamo tra questi Carbone, morto di melitense; Siccardi, di spirochetosi ittero-emorragica: Dutton, di morva; Mc. Clintoc, di peste; v. Prowazek, di dermotifo; Carriòn, studente di medicina al Perù, della malattia che ormai ne porta il nome.

L'A. menziona ancora L. Parck che soffrì di una tipica acromegalia di cui seguì per anni il decorso su sè stesso; Julius Thompsen, che descrisse per primo la miotonia congenita ereditaria nella sua famiglia: Trosseau, che ebbe ad illustrare le trombosi conseguenti a carcinoma dello stomaco, ponendo tale diagnosi e la conseguente prognosi su sè stesso.

La letteratura medica è ricca di auto-osservazioni di medici sui loro malanni; in genere questi studii rappresentano contributi di valore superiore alla media della medicina del tempo, degni quindi di particolare attenzione.

P.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

GHELFI A. *Morbo di Raynaud e sifilide.* — Napoli, Tip. E. M. Muca, 1921.

PAPANTI PELLETIER. *La terapia delle ferite da infortunio sul lavoro confermata dall'esperienza chirurgica di guerra.* — Peccioli, Tip. G. Cursi, 1921.

ID. *Di alcuni dati statistici su 12126 infortuni sul lavoro.* — Piombino, Tip. Gotti, 1921.

ID. *Un caso raro di siringomielia, in relazione a trauma?* — Pisa, Tip. Simoncini, 1921.

GUERCIO VINCENZO. *Contributo allo studio del trattamento chemoterapico dell'influenza.* — Palermo, Tip. F. Sanzo, 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione Nazionale Medici Condotti. Cassa di Mutuo Soccorso.

Alle 14,30 del 9 ottobre 1921 avrà luogo nella sede del Congresso dell'Associazione Nazionale Medici Condotti la prima assemblea generale dei soci della Cassa di Mutuo Soccorso per trattare il seguente

Ordine del giorno.

1. Verifica dei poteri e nomina del presidente dell'assemblea.
2. Relazione morale.
3. Relazione finanziaria.
4. Modificazioni statutarie (Cassa sussidi per morte).
5. Nomina delle cariche pel biennio 1922-1923.

AVVERTENZE.

Tutti i soci in regola coi versamenti possono intervenire alla assemblea sia di persona, sia per delega scritta e firmata consegnata ad altro socio non moroso.

Ogni socio può avere un numero illimitato di deleghe.

Si fa *vivissima raccomandazione* ai soci di prender parte — anche per delega — alla assemblea.

In essa si discuteranno e approveranno modifiche ed aggiunte della più alta importanza allo Statuto, quali le iscrizioni per quote multiple e la costituzione d'un fondo per indennità in caso di morte. Ora per il disposto dell'art. 17, comma 2°, dello Statuto, non si possono portare varianti allo Statuto stesso senza l'intervento della metà più uno dei soci in regola coi pagamenti.

Rammentino tutti questa disposizione e si curino almeno di consegnare le proprie deleghe a coloro che si impegneranno di intervenire al Congresso e all'assemblea.

Il presidente: CERAMICOLA.

Per l'organizzazione dei medici ospedalieri.

Riceviamo la seguente lettera aperta:

Ill.mo Sig. Presidente dell'A. N. M. Ospedalieri.

Credo che Ella avrà seguita la campagna che sull'*Avvenire Sanitario* da molto tempo vado conducendo per riuscire a meglio organizzare gli ospedalieri ed a stabilire una linea fondamentale per la nostra carriera. Le condizioni odierne degli ospedali ci debbono ammaestrare ed ammonire per formare subito un blocco della nostra categoria; mirante a salvare così quali tecnici e quali competenti i nostri Nosocomi traballanti e la nostra incerta carriera. Nella nostra provincia abbiamo già ottenuto dopo accanita lotta quei miglioramenti economici e morali che ci aveva dettati la Federazione Toscana.

Però, mettendo da parte ogni egoismo, di cui la nostra classe abbonda, penso con mestizia alla sorte degli altri colleghi che attendono tali beneficii da una più omogenea e fattiva organizzazione.

La lettera aperta del collega Provera del n. 35 che invoca la compilazione di un capitolato-tipo per gli ospedalieri mi spinge a domandare a V. S se non creda assieme al Consiglio che sia giunta l'ora di passare ad un'azione che disciplini questo nostro movimento.

Attendiamo perciò le decisioni di codesta Presidenza.

Intanto vado ad interessare il Presidente della Federazione Toscana a che voglia agevolare il compito di cotesta Presidenza. Mi sembra che i tempi sono molto maturi e di ciò V. S. potrà molto avvantaggiarsi. Sono sicuro che basta un chiaro programma per avviare il movimento verso una sicura meta.

Per parte mia sono a disposizione per ogni ulteriore propaganda.

Dott. Prof. ORESTE CIGNOZZI

Chirurgo Primario dell'Ospedale di Grosseto — Segretario della Sezione A. N. M. O. — Consigliere della Federazione Toscana Ospedaliera.

Grosseto, 30 agosto 1921.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9040) *Preferenza ad invalidi nei concorsi.* — Dott. M. S. da A. — La preferenza agli invalidi di guerra è concessa a coloro che sono sempre in grado di compiere, non ostante la loro invalidità, il proprio dovere a seconda dello impiego cui aspirano. Ella, quindi, avrebbe potuto essere ammesso al concorso se la nefrite cronica, per cui Le venne concessa la pensione, non Le impedisse di compiere liberamente le funzioni di medico condotto. Persistendo l'accennata infermità, non pare possa legalmente sostenersi essere Ella di sana e robusta costituzione. Non sapremmo censurare l'operato della Commissione giudicatrice.

(9041) *Pensioni - Contributo straordinario.* — Dott. F. N. d'A. da A. — Tenuto conto del versamento volontario operato per quattro anni, Ella, alle condizioni esposte, liquiderà l'annua pensione di annue lire 1373.69. Nessun caro-viveri è stabilito per i pensionati medici condotti.

(9042) *Seconda indennità caro-viveri.* — Dottor L. R. da F. A. — La concessione della seconda indennità caro-viveri non è ancora obbligatoria per i Comuni, non avendo ancora il Senato approvato il progetto di legge, che già ebbe la sanzione della Camera dei deputati. Molti Comuni l'hanno, però, volontariamente concessa, uniformandosi ad analogo invito ricevuto dal Ministero. Rivolga ad ogni modo domanda alla G. P. A.

(9043) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. V. da C. — Anche all'interino, che copre transitoriamente il posto di un titolare mancante, compete la indennità caro-viveri stabilita dal D. L. del 9 marzo 1919, n. 338.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

ANAGNI (*Roma*). — A tutto 30 ott. Zona Est. L. 7000 oltre L. 1.50 ogni povero in più di 1500; cinque quadrienni del decimo; doppio c.-v.

BARBARESCO (*Parma*). — Consorzio con Trezzo e Tinella; L. 4200 più L. 500 quale uff. san. e due c.-v. Scad. 15 ott.

BASSIANO (*Roma*). — Cercasi subito medico-chirurgo condotto interinale con stipendio mensile di L. 1100 lorde. Rivolgersi al Sindaco.

CEPRANO (*Roma*). — Scad. 31 ott.; L. 7000 e c.-v.; 5 quadrienni del decimo. Le condotte sono due. Chiedere annunzio.

CITTADELLA (*Padova*). — Riparto C; L. 7200 e L. 2 ogni povero oltre i 1000; due c.-v. Obbligo di abitare fino al 10 nov. 1923 casa espressamente fittata e di rifondere al Comune il fitto di L. 1000 in due rate anticipate. Scad. 10 ott.

CLUSONE (*Bergamo*). — Due condotte; L. 6500 oltre L. 250 ogni centinaio di poveri oltre 1000, L. 350 oltre 2000, quattro quinquenni del decimo, due c.-v., L. 500 per uff. san. Ospedale, Staz. climatica. Scad. 30 ott.

GUBBIO (*Perugia*). — Chirurgo primario di città; medico primario di città; tre medici condotti rurali. L. 6000, oltre L. 4000 per il chirurgo primario, L. 2000 per il medico primario, ai condotti L. 2 ogni pov. oltre i 1500; cavalc. a carico del Comune, o indennità di L. 2000. Assistente chirurgo L. 3500, vitto, alloggio, luce e riscald. Doppio c.-v. Chiedere annunzio. Scad. 15 ott.

MAGIONE (*Perugia*). — Capoluogo; L. 6000, cinque sessenni e L. 2000 per cav. Secondo riparto; lire 6000, cinque quinquenni, L. 2000 per cav., L. 2 ogni povero oltre i 1000, L. 1000 se gli abbienti saranno meno di 300. Chiedere annunzio. Scad. 20 ott.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — Proroga al 10 ottobre. L. 6000, oltre L. 2000 per disag. residenza e c.-v. Condotta residenziale.

RAMACCA (*Catania*). — Condotta pel capoluogo; L. 5000, due caro-viv., 5 quinquenni del decimo. Scad. 2 nov.

RAVENNA. — *R. Prefettura*. — Concorso per titoli ed esame al posto di ufficiale sanitario capo d'ufficio d'igiene nel Comune di Faenza. Stipendio lire 8500 aumentate del 20 % per ogni biennio e per 10 bienni, oltre l'indennità caro-viveri. Sono in corso pratiche per l'aumento di tale stipendio. Età massima 45 anni. Domanda, titoli di rito scientifici e di carriera da presentarsi entro il 31 ottobre. Gli esami avranno luogo in Faenza nei giorni e località che saranno a suo tempo designati ai concorrenti.

ROMA. — *Croce Rossa Italiana*. — Direttore del Sanatorio di Cuasso al Monte (Varese). Titoli. A parità di condizioni saranno preferiti i candidati che abbiano diretto Istituti ospedalieri antitubercolari. La Commissione sceglierà tra i concorrenti una terna nella quale la Presidenza della Croce Rossa nominerà il Direttore. Gli altri due designati e gli altri concorrenti non avranno acquisito diritto di sorta. La nomina sarà per cinque anni; nell'ultimo semestre del quinquennio può essere riconfermata per il quinquennio successivo. L. 15,000 complessive nette. Ogni riconferma dà diritto ad un aumento per L. 2,000. Rimane escluso qualsiasi altro compenso od indennità, tranne per incarichi speciali, estranei al servizio ordinario, che potessero venir affidati dall'Associazione. Il Direttore deve impegnarsi di non esercitare la professione privatamente, nè fuori nè dentro del Sanatorio. Il Direttore ha diritto all'alloggio nel Sanatorio e a prelevare a prezzo di costo dal servizio cucina i generi occorrenti per il vitto proprio e della famiglia convivente a suo carico. Le domande di concorso in carta legale, con fede di nascita, stato di famiglia, ecc., saranno inviate al Comitato Centrale, Ufficio II, via Toscana 10, non più tardi del 31 ottobre. Non sarà tenuto conto delle domande che perverranno al Comitato Centrale della C. R. I. dopo il giorno stabilito, anche se presentate in tempo utile agli Uffici postali o ferroviari, nè dei lavori non pubblicati per le stampe.

S. CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 31 ottobre. Terza condotta con residenza a Palazzone. L. 5000 con otto trienni del ventesimo, oltre L. 3000 per mezzo di trasporto e la indennità caro-viv.

TRIPOLI. *Amministrazione degli Istituti Ospedalieri e di Beneficenza*. — Direttore dell'Ospedale Civile V. E. III; L. 8000 e 4 quinquenni di L. 1000, indenn. resid. L. 4000 per i non nati o non domiciliati civilmente in Tripolitania; indennità di carica L. 3000; caro-viv. Libera docenza in igiene. Età limite 50 anni. Esperimento biennale. È vietato il libero esercizio della professione. Scadenza 15 ottobre. Chiedere annunzio.

VALSINNI (*Potenza*). — Scad. 31 ottobre. Condotta per i poveri. Stipendio L. 3000 aumentabili per sei quadrienni. Diritti e doveri come da capitolato-tipo provinciale.

Confronti!

Pensione di un operaio ferroviere di 1ª classe con 30 anni di servizio (a 54 anni circa di età)	L. 7,800
Id. id. di un operaio ferroviere di 2ª classe	» 7,309
Id. id. di un manovale ferroviario	» 5,900
Pensione del medico condotto a 54 anni di età e con 30 anni di servizio	» 1,240

Non basta: alla vedova del medico condotto è concesso il 50 % della pensione spettante al marito, qualunque sia il numero degli orfani; invece alla vedova dell'operaio e del manovale ferroviario si concede il 50 % se non esiste prole, il 65 % se vi sono uno o due figli, il 70 % se vi sono tre figli ed il 75 % se vi sono quattro o più figli.

(da *La Liguria Medica*).

MEDICINA SOCIALE.

L'assicurazione contro le malattie in Olanda.

Desta vivaci discussioni in Olanda un disegno di legge per l'assicurazione nazionale contro le malattie, presentato dal Ministero.

Nell'insieme esso incontra il favore così del pubblico come dei medici.

Il progetto merita di fissare la nostra attenzione, perchè riproduce quasi per intero lo schema elaborato due anni or sono dalla Commissione italiana; se ne dipartisce solo in pochi punti. Possiamo affermare che ne ripete tutta l'ammirevole struttura.

L'obbligatorietà dell'assicurazione non è ristretta alle sole classi lavoratrici, ma estesa a tutti gli abitanti il cui introito sia inferiore a un limite determinato, ciò che conferisce al provvedimento un carattere largamente sociale.

L'assistenza sanitaria viene assegnata anche alle persone di famiglia degli assicurati. E viene intesa nel senso più ampio, comprendendo così la forma domiciliare come quella istituzionale (ospedaliera, sanatoriale, manicomiale, ecc.); il progetto garentisce tutti i mezzi di esame e di cura, compresi gl'interventi chirurgici, ortopedici, odontoiatrici, ostetrici, ecc.; specifica perfino l'isolamento nelle malattie contagiose e i mezzi più adatti per il trasporto dei malati.

Esso conferisce il diritto di scegliere il medico — principio sempre più decisamente affermatosi nei paesi a regime assicurativo e sanzionato, ormai, in tutti i progetti recenti e nelle leggi ultime. Esso è accolto anche nel progetto italiano; ma, com'è noto, ha destato critiche, secondo noi ingiustificate.

La facoltà di scelta viene intesa nel senso che si possa cambiare il medico di fiducia solo ogni sei mesi od ogni anno, salvo casi speciali (per cambiamenti di residenza, ecc.). Viene concessa anche nei riguardi dei chirurghi e degli specialisti.

Il numero di clienti che un medico può avere in cura non deve sorpassare un limite massimo da fissare.

Il compenso dei medici viene regolato col sistema capitario, cioè ad un tanto per cliente. È questa la principale differenza che sussiste con lo schema italiano, il quale stabilisce invece il pagamento delle prestazioni *sic et simpliciter*, sistema dimostratosi ovunque inattuabile.

Il solo pagamento degli specialisti è fatto in base alle prestazioni.

Viene dichiarato esplicitamente che il medico curante non potrà mai essere assunto come impiegato (a stipendio fisso) dalle Società assicuratrici.

Vengono istituiti dei controlli per evitare o infrenare gli abusi.

Il limite dei proventi per l'obbligatorietà è per ora indicato in 2500 fiorini l'anno, che corrispondono incirca a 18,500 delle nostre lire correnti. La quota di capitazione offerta ai medici è di 4 fiorini l'anno, corrispondenti incirca a 30 lire (si noti la differenza con le quote corrisposte dalle nostre nuove mutue sanitarie!); ma si tratta di un limite che verrà certo elevato, mercè l'intervento delle associazioni mediche; probabilmente la misura sarà maggiore nelle città che nelle campagne. Il numero massimo di clienti per ogni medico sarà probabilmente di 4000.

L'onere, formidabile, verrà solo in modesta misura coperto dallo Stato, che assegna 0.75 fiorini per ogni assicurato in conto spese d'amministrazione, sostiene una parte delle spese d'ospedalizzazione e per i trattamenti speciali, sussidia le case di salute private che ammettono gli assicurati e promuove, con sovvenzioni, la costituzione di Società o Casse d'assicurazione.

L. V.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia
(Luglio 1921).

MALATTIE	4-10		11-17		18-24		25-31	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	176	902	159	952	151	803	112	562
Scarlattina. .	82	223	57	128	77	184	56	145
Vajuolo e vajoloide . . .	15	29	20	38	12	18	19	52
Tifo addominale . . .	250	552	203	432	243	579	269	656
Difterite e croup . . .	104	155	87	128	84	141	82	139
Dissenteria	22	39	25	40	31	38	40	99

Il morbillo in evidente decrescenza; il vajuolo ridotto a pochi casi sporadici; leggero aumento nel tifo addominale, senza carattere epidemico, poichè salvo i grossi centri trattasi di un solo caso per Comune. È ricomparsa la dissenteria, in qualche Comune con carattere epidemico (Corio Torinese 25 casi); resta però a vedere se la diagnosi è stata accertata microbiologicamente.

NOTIZIE DIVERSE.

Per l'80° compleanno di Augusto Murri.

Una rappresentanza di medici ha portato ad Augusto Murri, in occasione del suo 80° genetliaco, avvenuto l'8 settembre, un tributo di fiori e l'augurio di vivere ancora molti anni nella energia del corpo e nella sanità della mente. I dottori Poggi, Novi, Silvagni, Putti, Mattioli, Schizzi, Tavernari, Boselli, Baroncini, Forni, Dagnini, Cocchi, Roli, Prezzolini, De Napoli, rappresentavano l'università, gli ordini, i medici condotti, i medici ospedalieri, i medici manicomiali, i medici ferroviari, i medici militari, i medici reduci, società mediche, istituti scientifici, ecc. Il Maestro accolse questi colleghi, quasi tutti suoi ex-allievi, con la consueta affabilità e disse loro quanto gli sia caro il loro affetto.

Nella giornata giunsero al sommo Clinico numerosi altri omaggi ed augurî di allievi, clienti, ammiratori ed amici.

L'Ordine dei Medici di Bologna annunzia che da parte degli allievi si sta preparando una manifestazione affettuosa al Maestro.

***

Nella ricorrenza del compleanno il prof. Murri ha donato all'Ospizio Marino Provinciale Bolognese centomila lire. Così l'intera sua donazione al detto Istituto raggiunge la somma di mezzo milione.

***

Ai voti che numerosi colleghi hanno portato ad Augusto Murri sono partecipi quanti ne comprendono la superiorità dell'ingegno, la dignità nella professione e nella vita, la grande devozione alla causa dei miseri.

Mentre fervido e alto è il suo patriottismo, il senso del civismo domina così ogni manifestazione di questa anima eletta, che non all'Italia appartiene ma all'umanità. All'umanità auguriamo che la grande figura di Augusto Murri sia a lungo conservata.

Memori dell'onore che Augusto Murri ha fatto al nostro «Policlinico» accordandoci la sua preziosa collaborazione, amiamo non soltanto manifestare la imperitura nostra gratitudine verso di lui, ma la fierezza di averne diffuso le idee e gli insegnamenti.

Congresso Ostetrico-Ginecologico Nazionale.

La XXI Riunione degli ostetrici e ginecologi italiani avrà luogo a Trieste nei giorni 9-11 ottobre e riuscirà degna manifestazione della scienza italiana.

Tutti i Congressisti potranno fare *comunicazioni scientifiche,* inviandone il titolo al Presidente del Comitato ordinatore, prof. E. Welponer - Trieste (Maternità).

Sarà importante la discussione sulle dotte *relazioni* che saranno portate al Congresso sui temi: «*Tubercolosi genitale femminile*» e «*Pielite in gravidanza*» rispettivamente dal prof. E. Pestalozza (Roma) e dal prof. A. Bertino (Parma).

I Congressisti fruiranno di speciali facilitazioni e riduzioni per i viaggi sulle ferrovie e sui piroscafi delle Ferrovie dello Stato. I documenti per tali facilitazione debbono essere richiesti — *prima del giorno 6 ottobre* — al Segretario della Società italiana di ostetricia e ginecologia, Prof. C. Micheli - Via XX Settembre, 68 - Roma (27).

Congresso internazionale abolizionista.

La Federazione Internazionale Abolizionista con Sede a Ginevra terrà nei giorni 3, 4, 5 novembre p. v., un Congresso Internazionale a Roma.

Sono all'ordine del giorno importanti temi sui quali riferiranno per l'Italia il prof. Santoliquido, l'on. Martire, l'on. Comandini, la professoressa Labriola, il prof. Mibelli, ecc.

La Direzione Generale delle Ferrovie ha concesso i ribassi ferroviari: così tutti i medici potranno prendere parte al Congresso. Si possono richiedere informazioni e lo Statuto della Lega Abolizionista italiana alla presidenza (in Roma, via in Arcione, 98), che per la parte riguardante l'Italia si occupa dell'organizzazione del Congresso.

Per la protezione dell' infanzia abbandonata.

È nota l'iniziativa presa dal Comune di Roma di provvedere con l'istituzione di padiglioni intitolati «Infantiæ Salus» all'educazione, all'insegnamento e al ricovero dei ragazzi abbandonati, sottraendoli ai pericoli della vita randagia.

La Cassa Nazionale Infortuni, compresa del fine umanitario e sociale dell'iniziativa, ha testè deliberato di concorrere con la somma di lire 10,000 alla sottoscrizione promossa dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni fra gli Istituti assicuratori per l'erezione di un padiglione da intitolarsi alla Previdenza.

Il Convegno per la legislazione sociale in merito all'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Il Convegno per la legislazione sociale, adunatosi a Milano, si è occupato, in un sereno ed elevato dibattito, dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Il relatore Lanzoni rilevò l'opportunità, anzi la necessità, di mettere un ordine nell'anarchia che attualmente vige nel servizio di assistenza e di spedalizzazione.

Parlarono Rigola, Mazzini Azzimonti, Derengo, D'Aragona, il dott. Pisenti e venne approvato un ordine del giorno del relatore Lanzoni col quale il Consiglio ritiene che lo scopo dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie potrà essere tanto più facilmente raggiunto quanto più gli elementi indispensabili alla realizzazione di questa assicurazione si associeranno in una agitazione capace di suscitare in favore delle riforme larghe correnti di simpatia nella pubblica opinione e di esercitare sui pubblici poteri la pressione capace di vincere la resistenza e le ostilità che ne ostacolano l'attuazione.

Si approvò infine la proposta di un grande congresso a Trieste.

Tariffe dei medicinali.

Con Decreto in data 20 maggio il ministro dell'Interno, presidente del Consiglio dei ministri, nominò una Commissione con l'incarico di formare, entro il più breve termine, le tariffe dei medicinali per la vendita al pubblico e per la somministrazione ai poveri. La Commissione era così composta: sen. Marchiafava, presidente; senatore Paternò, Peratoner, Villavecchia, Carlinfanti, Natoli, Giongo, Gallelli, Bonansea; ora vi è stato aggiunto anche il cav. Assauto, rappresentante gli Ordini dei farmacisti al C. S. S.

L'adunanza del Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni.

Sotto la presidenza dell'on. senatore Ferrero di Cambiano si è riunito il 14 settembre il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni, che ha approvato i bilanci consuntivi dell'esercizio 1920 relativi alle gestioni dell'assicurazione degli infortuni delle industrie e di quelli dell'agricoltura. Tali bilanci, che si chiudono entrambi con notevole avanzo, attestano della floridissima situazione economica del massimo Istituto italiano per l'assicurazione degli infortuni sul lavoro.

Su proposta dei rappresentanti degli operai e dei lavoratori agricoli il Consiglio ha votato un ordine del giorno nel quale, rilevando con compiacimento che le spese generali e tecniche per ogni infortunio dell'assicurazione agricola a sistema socializzato raggiungono appena il 50 % di quelle di ogni infortunio dell'assicurazione industriale a regime di concorrenza, richiama la particolare attenzione del Governo su tale fatto, che giustifica ancora una volta la necessità di un'ampia e completa riforma della legge infortuni.

Il Consiglio ha poi approvato lo schema di decreto predisposto dal Ministero delle Colonie per l'estensione alla Tripolitania e alla Cirenaica delle modificazioni apportate dalla legge 20 marzo 1921, n. 296, al T. U. di legge 31 gennaio 1904, n. 51, per quanto concerne l'aumento delle indennità per gl'infortuni sul lavoro, ed ha deliberato la partecipazione della Cassa Nazionale Infortuni con la somma di lire un milione alla costituzione del capitale dell'Istituto Federale di Credito per il risorgimento delle Venezie, fondato per concorrere alla restaurazione dei danni prodotti dalla guerra.

Scuola di Odontojatria e Protesi dentale annessa all'Università di Bologna.

Sono aperte a tutto il 7 novembre 1921 le iscrizioni alla Scuola di Odontojatria e Protesi dentale annessa alla R. Università di Bologna.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e pagamento delle relative tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la Direzione dell'Istituto Clinico per le malattie della bocca, via S. Vitale, 59, Bologna, nei locali del quale ha sede la Scuola.

Soccorsi sanitari in Eritrea.

In occasione del terremoto che il 14 settembre funestò una larga zona della Colonia Eritrea, il dott. Costanzo Rocca, direttore dell'Ospedale Umberto I di Massaua, insieme al Reggente il Commissariato, avv. Ercole Vellani, ebbero ad organizzare prontamente una efficace opera di soccorso ai feriti, riscuotendo il plauso generale.

Encefalite letargica in Inghilterra.

Nell'anno intercorso tra il 1° aprile 1920 e il 31 marzo 1921 si ebbero in Inghilterra 1572 casi denunziati di encefalite letargica con 495 morti.

Il limite di età nelle Università tedesche.

In Germania si è abbassato il limite di età da 70 a 65 anni per i professori universitarii. Ciò ha portato una vacanza di 37 cattedre nella sola Università di Berlino.

Propaganda igienica tra i negri.

Nel Texas (Stati Uniti d'America) la Società d'Igiene Pubblica ha bandito una «Settimana Sanitaria Nazionale del Negro» per educare i negri al culto dell'igiene. È questa la terza settimana di propaganda igienica organizzata nel corso di pochi anni; l'adunata precedente aveva interessato più di 200,000 negri che parteciparono in vari modi alle conferenze e alle dimostrazioni.

Centenario della Facoltà Medica di Montpellier.

L'VIII Centenario dell'insegnamento impartito dalla Facoltà Medica di Montpellier verrà solennizzato con l'intervento del Presidente della Repubblica e di delegati di tutte le Università francesi.

I primordî dell'insegnamento sono anteriori al 1000; ma solo nel 1120 fu conferito alla Facoltà il diritto di rilasciare diplomi, che autorizzavano ad esercitare la medicina in tutta la cristianità.

Per il linguaggio medico.

La «Deutsche Medizinische Wochenschrift» del 16 giugno pubblica una deliberazione dell'«Unione della Stampa Medica Professionale Germanica» che fissa le norme generali per l'ortografia e per l'abbreviatura dei nomi nel linguaggio medico.

Comitato Bibliografico Nazionale in Spagna.

La Gazzetta Ufficiale della Spagna pubblica un Ordine Reale, emanato dal Consiglio dei Ministri, che nomina una «Giunta Nazionale di Bibliografia e Tecnologia scientifica» composta di dodici membri. La Giunta potrà aggregarsi dei competenti, che siano in grado di contribuire al miglior esito del suo lavoro.

Diminuzione della popolazione in Francia.

Il *Journal Officiel* pubblica i risultati provvisori, per dipartimenti e circoscrizioni elettorali, del censo della popolazione compiuto il 6 marzo u. s.

Secondo questi dati, eccettuate l'Alsazia-Lorena e l'Algeria, la popolazione francese risulta di 36,084,206 abitanti, mentre nel 1911 era stata di 38,468,813, il che segna una riduzione di 2,284,547 abitanti.

Minacciato sciopero di medici manicomiali in Austria

Si ha da Vienna che medici, aiuti, infermieri e infermiere dei Manicomi e Asili di carità per alienati della Bassa Austria, hanno stabilito di proclamare lo sciopero, allo scopo di obbligare il Governo ad assicurare loro i *minimi compensi* che oggi ricevono i dipendenti dallo Stato.

Si è convenuto di abbandonare Manicomi ed Asili e di porre in libertà i dementi se la petizione non verrà accolta.

La morte di NAPOLEONE COLAJANNI, dolorosamente sentita da tutta la Nazione, è un lutto per la famiglia medica alla quale egli apparteneva sebbene se ne fosse allontanato per spaziare nei vasti campi degli studi sociali.

Era nato a Costrogiovanni nel 1847. Seguì Garibaldi in quasi tutte le campagne; subì la carcere a Napoli per cospirazione repubblicana. Nel 1891 ottenne l'abilitazione alla libera docenza in statistica presso l'Università di Napoli, dove nel 1895 fu chiamato, quale ordinario, a coprire la cattedra della stessa disciplina. Fondò e diresse la «Rivista Popolare». La sua figura emerse specialmente nella vita parlamentare; era deputato dal 1900. Lavoratore gagliardo, oratore vivace, intelligenza preclara, carattere rigido, profondamente onesto, consacrò tutto sè stesso alla Patria.

R. B.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Rivista critica di Clinica Medica, 25 agosto. — G. NATALI. Sulla eteroproteinoterapia nel tifo.

Giornale di Clinica Medica, 10 agosto. — F. FRANCHINI. Paralisi pseudobulbare.

Pathologica, 1° settembre. — L. URIZIO. Reperto di corpuscoli nell'encefalo dei dermotifosi. — A. LAVERAN e G. FRANCHINI. Insetti propagatori della flagellosi delle euforbie.

La Presse Médicale, 31 agosto. — L. SMITH. La profilassi del cancro.

Münchener Mediz. Wochenschrift, 2 settembre. — W. JAENSCH. Tipi costituzionali psico-fisici. — A. GENZEL. Prognosi della sindrome «striata» post-encefalitica.

Medical Record, 20 agosto. — T. E. SATTERTHWAITE. Sulla profilassi delle infezioni veneree.

La Prensa Médica Argentina, 30 luglio. — O. IVANOSSEVICH. Nuovo processo di rinoplastica. — B. A. HOUSSAY e A. SORDELLI. Tiroide e immunità.

The American Journal of Obstetrics and Gynecology, agosto. — W. BLAIR BELL. Problemi non risolti in ginecologia ed ostetricia. — W. P. HEALY. Tetania post-operatoria da bicarbonato sodico.

Annales de Médecine, n. 1. — D. DANIÉLOPOLU e V. DANULESCO. Sul meccanismo dell'accesso di tachicardia parossistica; azione dell'adrenalina. — M. LABBÉ. Le cure di digiuno nei diabetici.

Berliner Klinische Wochenschrift, 5 settembre. — H. VIRCHOW. Anatomia normale e patologica dell'articolazione della mano.

La Riforma Medica, 3 settembre. — G. CAVINA. Pielo-nefrite cronica ematurica unilaterale.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 21 luglio. — G. JONA. Il segno palmo-plantare nel tifo.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

Condizione valevole a tutto il 31 corrente mese

ANNO XXVIII   Roma, 10 Ottobre 1921   Fasc. 41

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

LABORATORIO DI MICROGRAFIA E BATTERIOLOGIA DELLA SANITÀ PUBBLICA
diretto dal prof. B. GOSIO.

Nuovo metodo per la diagnosi batteriologica della difterite con la cultura di arricchimento.

Prof. M. PERGOLA.

La ricerca del bacillo difterico, che dapprima si è praticata essenzialmente a scopo diagnostico e terapeutico, ha assunto un'importanza tutta particolare anche per la profilassi, quando si è riconosciuta la grande influenza che esercitano, nella diffusione dell'infezione difterica, i cosiddetti *portatori*, cioè individui che albergano, in qualche parte del loro organismo, il bacillo di Klebs-Löffler, abbiano, o non, subìto il relativo processo morboso specifico.

Infatti lo studio statistico della mortalità e morbosità per difterite e croup fa rilevare che mentre la mortalità, in quest'ultimo trentennio, in seguito all'uso del siero antidifterico, è andata notevolmente diminuendo fino a ridursi a circa 4000 casi all'anno, la morbosità non è diminuita nella stessa proporzione ed anzi, a prescindere da qualche oscillazione annuale, è rimasta stazionaria. Ciò significa che la profilassi antidifterica non ha dato i beneficî che erano da attendersene. Le ragioni di questo insuccesso sono in realtà molteplici, ma una non trascurabile, della quale appunto ci proponiamo qui di occuparci, consiste nei difetti presentati dai mezzi di indagine che finora si avevano a disposizione e che impedivano il riconoscimento di molti portatori.

Il terreno classico per la ricerca del bacillo difterico è rappresentato, come si sa, dal siero di Löffler, e tutti gli altri mezzi di cultura proposti per sostituirlo non sono riusciti invero più vantaggiosi. Ora, il difetto più grave da rimproverarsi al siero di Löffler è che, di solito, per circostanze svariate, fallisce, quando il germe specifico vi capita in scarsa quantità, come per lo più avviene precisamente nel caso dei portatori.

Per eliminare questo inconveniente, occorreva dunque sostituire i mezzi culturali finora usati, con altri che rendessero possibile di mettere in evidenza il bacillo difterico, per quanto scarso fosse nel materiale che si aveva da esaminare, e ci dessero quindi garanzia della massima attendibilità del risultato, in qualunque caso venissero applicati (malattia in atto, convalescenti, portatori sani, o ex-ammalati).

Esempio tipico del grado di perfezione praticamente raggiungibile nelle indagini batteriologiche di questo genere è il metodo seguito per la ricerca del vibrione colerigeno e che si basa, come è noto, sull'uso di adatti terreni sufficientemente elettivi, dei quali alcuni permettono di realizzare la cultura di arricchimento, altri quella di isolamento.

Orbene, un metodo analogo sarebbe stato necessario istituire, per perfezionare la ricerca del bacillo difterico: vi si è riusciti utilizzando il tellurito di potassio. Questo, unito in conveniente proporzione, a substrati costituiti di materiali riconosciuti i più confacenti alle esigenze nutritive del bacillo di Klebs-Löffler, quali il giallo d'uovo e il siero di sangue, conferisce loro le seguenti proprietà essenziali:

1° di impedire, od almeno ostacolare al massimo grado, l'eccessiva moltiplicazione dei germi concomitanti, permettendo invece a quello difterico di svilupparsi sollecito e rigoglioso e prendere sugli altri la prevalenza, anche quando si trova in piccola quantità nel materiale in esame;

2° di differenziare in modo più netto le colonie difteriche e renderle quindi più facilmente identificabili, anche quando soltanto poche di esse sono presenti in mezzo a molte altre di germi estranei.

Ecco la costituzione di questi terreni:

Terreni liquidi per la cultura di arricchimento.

I) Siero di sangue normale (di bue, cavallo, pecora, ecc.)	cmc.	50
Soluzione di cloruro sodico al 0,8 %	»	50
Tellurito di potassio	gr.	0,02 (1)
Gialli d'uovo	N.	1

II) Siero di sangue normale (di bue, cavallo, pecora, ecc.)	cmc.	100
Tellurito di potassio	gr.	0,02
Gialli d'uovo	N.	1

III) Siero di sangue normale (di bue, cavallo, pecora, ecc.)	cmc.	75
Brodo con o senza glucosio all'1 %	»	25
Tellurito di potassio	gr.	0,02

Sono preferibili il I) e il II) e specialmente il II).

Per preparare questi mezzi di cultura, si raccolgono i componenti in una boccetta sterilizzata, si agita per ottenere una miscela omogenea e la si sottopone alla sterilizzazione discontinua, riscaldandola mezz'ora in bagnomaria, a 50°-55° C., per tre giorni consecutivi. Il materiale, che così trattato rimane liquido, distribuito in quantità di 5-7 cmc. nei comuni tubi da cultura previamente sterilizzati, è pronto per l'uso.

Terreni solidificabili per la cultura di isolamento.

a) Agar ordinario all'1,5-1,7 %	cmc.	100
Tellurito di potassio	gr.	0,02
Gialli d'uovo	N.	1

b) Siero di sangue normale (di bue, cavallo, pecora, ecc.)	cmc.	50
Soluzione di cloruro sodico al 0,8 %	»	50
Tellurito di potassio	gr.	0,02
Gialli d'uovo	N.	1

c) Agar ordinario al 2,5-3 %	cmc.	50
Siero di sangue normale (di bue, cavallo, pecora, ecc.)	»	50
Tellurito di potassio	gr.	0,02
Gialli d'uovo	N.	1

d) Agar ordinario al 2,5-3 %	cmc.	100
Tellurito di potassio	gr.	0,02

(da unirsi colla miscela indicata in *b*).

Sono preferibili i substrati *b*) e *c*), ed è utile, sebbene non necessaria, l'aggiunta di glicerina nella proporzione del 2-4 %.

I terreni *a*), *c*), *d*) si preparano unendo all'agar sterile fuso gli altri componenti e allestendo, colla miscela resa omogenea, le piastre per le culture; il terreno *b*) va invece solidificato nelle piastre, mediante il riscaldamento a non più di 85°-90° C. e deve mantenere il colorito giallo caratteristico del tuorlo, o, tutto al più, assumere una tinta appena verdastra.

Questi mezzi nutritivi, che servono per la cultura di arricchimento e per quella di isolamento, possono tenersi già pronti, anzichè esser preparati al momento del bisogno. Il sistema più comodo, a tale scopo, è di raccogliere i varii componenti, ad eccezione dell'agar, in un recipiente preferibilmente adatto a chiudersi alla fiamma, e praticarne quindi la sterilizzazione discontinua, riscaldando in bagnomaria, a 50°-55° C., mezza ora, per tre giorni consecutivi: il materiale così allestito si conserva per lungo tempo. È molto utile la pre-

(1) Per questo e per i successivi terreni, gr. 0,02 di tellurito si hanno prendendo 2 cmc. della soluzione all'1 %, oppure 1 cmc. della soluzione al 2 %.

Perchè agisca bene, occorre usare un buon preparato come è il tellurito di Kahlbaum, o quello di Merk, dei quali appunto ci si è serviti.

senza del tellurito di potassio, perchè serve a svelare eventuali inquinamenti, mediante la comparsa di macchie o punti neri nel sedimento. Le miscele che risultano inquinate devono escludersi dall'uso.

***

Con questi mezzi nutritivi, possiamo attuare il seguente metodo generale per la ricerca del bacillo difterico: il materiale sospetto di contenere il germe specifico si emulsiona in 2-3 cmc. di brodo, o soluzione fisiologica sterile; se ne semina una grossa ansata, o una goccia, sulla superficie delle piastre allestite coi terreni solidificati, e col resto si pratica la cultura di arricchimento nel terreno liquido, ove si può immergere pure il tampone con cui fu prelevato il materiale in esame. Si pongono le culture in termostato a 37° C., vi si lasciano per un tempo sufficiente (talvolta occorrono anche 24 ore e più) e quindi si esaminano le piastre: se vi si trovano colonie difteriche, l'indagine è terminata, se invece il reperto è negativo si seminano un'altra o più piastre, con una grossa ansata di materiale prelevato dalla cultura di arricchimento previamente agitata per renderla omogenea, e si pongono di nuovo tutte le culture in termostato per ulteriori esami.

I passaggi dall'arricchimento, per ottenere risultati sicuri, vanno fatti non prima di 12-15 ore e tanto meglio se si faranno con maggiore ritardo, poichè, qualora il bacillo difterico sia presente, anche in quantità minima, l'arricchimento specifico va sempre più accentuandosi fino al terzo o quarto giorno di cultura e persiste apprezzabile per parecchi altri giorni. Perciò, entro certi limiti di tempo, quanto più si ritarda, in tanto più elevata proporzione si troverà il bacillo difterico.

Per le semine di isolamento dalla cultura di arricchimento conviene fare uso degli appositi terreni sopra indicati, contenenti tellurito, e non di siero di Löffler o altri, perchè darebbero risultati non sempre attendibili.

***

Nei substrati proposti per le culture di isolamento, le colonie difteriche assumono un aspetto abbastanza caratteristico e che rimane apprezzabile pure quando le colonie stesse sono in scarsissimo numero, a differenza di quanto avviene nel siero di Löffler e altri terreni, nei quali rare colonie difteriche possono sfuggire anche al più accurato esame, perchè in presenza di tante altre colonie banali, le loro caratteristiche differenziali, sempre di lieve entità, sono allora ancor meno facilmente rilevabili.

Dopo 12-15 ore di sviluppo a 37° C., le colonie difteriche sono già evidenti, piuttosto piccole, nettamente convesse e perciò rilevate, lucenti, umide, di colorito cenerino più o meno scuro e giammai nere. Tale insieme di caratteri le fa distinguere dalle colonie non difteriche, le quali di rado appaiono incolori e per lo più, risultando costituite da cocchi, sono nere, puntiformi, o già molto sviluppate e appiattite.

A 20-24 ore di sviluppo, le colonie non difteriche permangono di solito invariate, mentre quelle difteriche raggiungono dimensioni maggiori e assumono colorito nero-plumbeo, più marcato alla parte centrale, ove la massa batterica ha spessore maggiore, meno alla parte periferica, ove è più sottile e quindi le colonie appaiono come circondate da un alone più chiaro.

Col progredire del tempo, oltre le 24 ore, anche per le colonie difteriche il colore può farsi nero intenso.

Il bacillo difterico, sviluppatosi su questi substrati, non offre difficoltà ad essere identificato, perchè presenta evidenti e tipiche le sue caratteristiche morfologiche, cioè la particolare disposizione a palizzata e a piccole zooglee, il rigonfiamento terminale, che gli conferisce l'aspetto di clava, o di manubrio, secondochè esiste ad una o ad ambedue le estremità, e i granuli polari di Babes-Ernst, in generale, abbondanti e nettissimi, purchè si applichino opportuni metodi di colorazione, tra i quali molto raccomandabile è il seguente:

1° Colorazione, a freddo, del preparato, già fissato alla fiamma, per 10-15 secondi, col bleu di metilene acetico di Neisser.

2° Lavaggio con acqua distillata.

3° Trattamento per 10 secondi col liquido di Lugol.

4° Lavaggio con acqua distillata.

5° Colorazione a freddo, per 10-15 secondi, con soluzione di vesuvina al 2 ‰, o meglio, di crisoidina all'1 : 300.

I granuli polari appaiono colorati in bleu cupo, quasi nero, e il corpo batterico in giallo ocraceo.

Allo scopo di ottenere nelle piastre colonie isolate, che meglio si prestano all'indagine macroscopica, si faccia la semina tanto dalla emulsione del materiale sospetto difterico, quanto dalla cultura di arricchimento, mediante una bacchetta di vetro, munita di piccola capocchia, lievemente incurvata.

Le indagini praticate, sia con miscele batte-

riche appositamente allestite e contenenti scarsissimo numero di bacilli difterici, sia con materiale prelevato dall'uomo e specialmente da portatori, hanno dimostrato che i mezzi culturali in questione possiedono un grado così elevato di elettività pel bacillo difterico, che qualunque sproporzione, si può dire, esista tra questo e i germi concomitanti, si riesce sempre e con grande facilità a metterlo in evidenza.

***

Il metodo che si è esposto offre molteplici vantaggi per la diagnosi, per la terapia e per la profilassi.

Infatti, poichè i terreni liquidi permettono di realizzare una vera e propria cultura di arricchimento, e quelli solidificabili, adatti per le culture di isolamento, oltre rendere le colonie difteriche più facilmente riconoscibili per il loro caratteristico aspetto, possono mantenersi lungo tempo in termostato senza che, per lo sviluppo di batteri fluidificanti e invadenti, le culture stesse vengano rese inutilizzabili, l'accertamento diagnostico riesce più agevole, più comodo e sopratutto più attendibile, senza perdere la sollecitudine necessaria pel responso batteriologico.

Per quanto riguarda la terapia, il metodo, data la sicurezza del risultato diagnostico, permette l'uso più razionale del siero antidifterico, e per quanto riguarda la profilassi, ci dà la massima garanzia di poter rintracciare i portatori e mettere in libertà gli individui che abbiano subìto un processo difterico o croupale, quando, oltre la guarigione clinica, sia avvenuta realmente anche quella batteriologica, che, dal punto di vista profilattico, maggiormente interessa. E ciò anzi si potrà fare senza trattenere questi individui più del tempo necessario, perchè, qualora l'indagine praticata 2 o 3 volte in giorni alterni, o consecutivi, con materiale adatto, prelevato laddove il bacillo difterico suole per lo più annidarsi, dia esito costantemente negativo, è giustificato presumere, che l'organismo non alberghi più il bacillo di Klebs-Löffler.

Finalmente altro e non trascurabile vantaggio è che, con questo metodo, potranno meglio approfondirsi molti problemi relativi alla patologia dell'infezione difterica, o che comunque abbiano con essa attinenza.

Roma, luglio 1921.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO.

Sulla «Myastenia gravis».

Nota del dott. P. F. ZUCCÒLA,
primario e docente.

I casi quali io presento, oltre che d'importanza clinica, lo sono anche dal lato epidemiologico per le circostanze di tempo e di luogo in cui incorsero.

M. Domenico, d'anni 7, di Fossano. Nulla nel gentilizio. L'a. è nato a termine, fu tardo nel camminare e nella dentizione, non fece però mai malattie degne di nota. L'attuale data da due mesi: si iniziò con cefalea, malessere generale e disappetenza; vomiti e conati di vomito: febbre modica (37°.8-38°.5) preceduta da leggere perfrigerazioni; mai fenomeni convulsivi; contemporaneamente, si fece svogliato, disattento, non giocava più, avvertendo facile stanchezza. Ebbe qualche volta diplopia coincidente colla comparsa di uno strabismo mutevole ed instabile. Poco tempo dopo l'inizio della malattia l'andatura si fece barcollante, difficile per la comparsa di incapacità a muovere gli arti dopo qualche passo. Quasi contemporaneamente si osservò impotenza funzionale a carico dei muscoli del capo e degli arti superiori, tanto che il bimbo doveva stare anche delle ore col capo fortemente flesso fino ad avere il mento appoggiato allo sterno, nella incapacità assoluta di rilevarlo e se iperesteso incapace a fletterlo; negli ultimi giorni comparvero disturbi della deglutizione e della fonazione. Tutti questi fatti si accentuavano nelle ore vespertine; frequenti erano le crisi di pianto e di riso anche senza causa apparente. Non ebbe mai disturbi a carico degli sfinteri.

Esame obiettivo. — Il p. accusa cefalea a carattere prevalentemente parietale sin. ove la percussione della scatola cranica riesce dolente. La rima palpebrale sinistra è più ampia della destra per una maggiore difficoltà di sollevamento della palpebra. Saltuariamente si nota strabismo nei movimenti attivi dei bulbi, in genere un'insufficienza di tutti i muscoli estrinseci, tanto che il mantenere per un certo tempo i bulbi fissi in una determinata direzione è impossibile. Le pupille sono midriatiche uguali, reagiscono pigramente alla luce ed all'accomodamento, dopo un certo numero di eccitazioni si fanno inerti. L'angolo labbiale sin. è più basso del destro, il solco naso geniano meno evidente, la lingua leggermente deviata a sinistra.

Il capo cade in avanti fino a toccare col mento lo sterno; il sollevarlo, e se è in iperestensione, il fletterlo, cosa impossibile; difficili i movimenti di lateralità; altrettanto dicasi dei movimenti di estensione e di flessione dell'avambraccio sul braccio, dei movimenti di pronazione e di supinazione, ancor più limitati quelli del braccio sul tronco, impossibile il sollevare le spalle ed il portare la mano sul capo. Ugualmente impacciati e facilmente esauribili sono i movimenti degli arti inferiori, perciò l'andatura varia da ora ad ora, è barcollante come se essi non potes-

sero essere dominati, talvolta dopo pochi momenti di marcia deve sostenersi, per non cadere.

I riflessi tendinei e cutanei sono deboli. Non Babinsky, non Oppenheim. Non esistono disturbi della sensibilità tattile e dolorifica, non disturbi degli sfinteri.

La masticazione e la deglutizione sono lente, qualche volta impedite — specie verso la fine del pasto — tanto che si è costretti a somministrare unicamente alimenti liquidi.

Tanto i muscoli del collo e della nuca quanto quelli degli arti superiori ed inferiori presentano la reazione miastenica di Jolly, evidente è pure su qualche muscolo il fenomeno del Murri (i muscoli esauriti e non rispondenti più allo stimolo elettrico riacquistano la loro attività dietro l'impulso volontario) e del Buzzard (i muscoli che non reagiscono più all'eccitazione faradica reagiscono ancora a quella galvanica). L'esauribilità elettrica tanto per i nervi quanto per i muscoli varia, talvolta non si ottiene sempre — per quante eccitazioni si facciano — la scomparsa assoluta di ogni contrazione. L'esauribilità è più facile quando l'esame è praticato nelle ore vespertine; l'ipoeccitabilità diretta ed indiretta varia a seconda dei vari territori, va attenuandosi coll'insistere dello stimolo, dopo di che possono anche aversi delle contrazioni normali. Talvolta le contrazioni iniziali sono lente ed in alcuni punti anzichè diffondersi a tutto il muscolo si limitano ad alcune fibre diventando generali solo coll'aumentare l'intensità della corrente, altrimenti, e su qualche fascio muscolare soltanto, può aversi reazione longitudinale alla corrente galvanica.

Le condizioni del paziente si mantennero durante tutta la sua degenza stazionarie, ebbe periodi di peggioramento e di miglioramento, qualche volta leggeri rialzi termici (37°.7-38°.2).

La puntura lombare diede esito a liquido limpido sotto discreta pressione (non ha formato tela di ragno) con sedimento costituito da scarsi elementi linfocitari; contenuto in albumina normale, non riduce il Fehling.

Reazione di Wassermann, tanto col liquido c. r. quanto col sangue, negativa.

Come ho già avvertito, il caso, oltre ad un'importanza clinica, ne assumeva una non indifferente dal lato epidemiologico, poichè, come mi venne riferito dal dott. Avagnina di Fossano, fu il secondo dopo un altro (decorso con sintomi bulbari evidenti e morto per pneumonite da aspirazione) a verificarsi nel periodo ottobre-novembre, nel qual tempo appunto si sviluppò nella stessa regione una piccola epidemia di poliomielite.

Poichè la patogenesi della *Myastenia gravis* è tuttora oggetto di discussione tanto più che essa non trova sempre conforto di reperti anatomici certi e netti.

Massalongo collocava la malattia fra le neurosi quali possono aversi in individui affetti da debolezza congenita dei centri motori. Raymond, partendo dal principio che nell'eziologia dell'affezione hanno una grande importanza le malattie infettive e lo strapazzo, pensava che questi due fattori direttamente od indirettamente (anche per l'intermediario di disfunzioni di ghiandole a secrezione interna) possa aversi una intossicazione del sistema nervoso: teoria questa che si riattaccherebbe alla modernissima che fondandosi sulla constatazione della presenza di tumori del timo, considera la miastenia grave come una malattia da lesa funzionalità di questo.

Buzzard e Borgherini la credono piuttosto dipendente da una lesione vera e propria della fibra muscolare; Neri anche, poichè la sindrome elettrica non sarebbe se non l'espressione delle condizioni di sofferenza della fibra muscolare per il suo alterato metabolismo e, andando per analogia, perchè una stasi venosa provocata artificialmente in un arto provoca la comparsa dell'ipoeccitabilità elettrica, la lentezza di contrazione e la reazione longitudinale.

Leclerc e Lermonnat soli respingono l'idea che essa possa essere una entità nosologica, poichè la letteratura conferma varia essere l'eziologia, mentre le alterazioni anatomiche non sono nè costanti, nè identiche.

Il Murri infine ha intravisto rapporti clinici ed eziologici colla poliomielite e colla polioencefalite, tanto superiore che inferiore. E tale ipotesi non sembra allontanarsi troppo dalla realtà, quanto si considerino alcune delle forme abortive od anomale di questi due quadri clinici. Nella poliomielite una compartecipazione del bulbo è eventualità tutt'altro che rara, sebbene essa non sia mai nè molto accentuata, nè molto evidente: paralisi o paresi dei nervi cranici lievi o transitorie non mancano tanto nelle forme che rivestono il carattere di una paralisi ascendente del Landry quanto nelle forme a carattere discendente (tipo Förster ed Erb), anzi tanto più frequentemente sono rilevabili quanto più precocemente il caso cade sotto l'osservazione clinica. Indipendentemente da ciò, nelle anzidette forme, ed in alcuni casi particolarmente, la partecipazione del midollo spinale può rendersi palese con una semplice ipotonia muscolare con la relativa scomparsa dei riflessi tendinei (Oppenheim, Wichmann, Mueller), quando la lesione non è ancora più localizzata, per es., ai soli muscoli esterni dell'occhio (Medin, Wichmann, Takakoski, Netter, Oppenheim).

Il quadro clinico della poliomielite infettiva può essere quindi vario per gravità ed estensione, andando da quello di una forma in-

fluenzale o di una gastro-enterite a quello di una lesione di natura meningea o polineuritica; tanto che molte volte in pratica una diagnosi di certezza è impossibile, di probabilità solo quando coesista una vera epidemia o quando dopo i sintomi prodromici tipici si hanno sintomi spinali lievi ed anche transitorî.

La poliomielite può quindi assumere il quadro della miastenia non mancando in questa l'iperestesia, i sudori, la leucopenia (nel caso da me osservato il numero dei globuli bianchi oscillò tra un minimo di 3600 ed un massimo di 4800). Di modo che il considerare questa come una forma rudimentale della poliomielite non è poi tanto fuor di luogo (Anderson, Prost, Roemer, Holdmoser, Csisky, Palmer, Schlapp e Walsch).

Ed all'ipotesi tornano di sussidio non solo i fatti clinici, ma ancora i reperti anatomo-patologici, essendo le lesioni identiche e solo variando d'intensità, poichè la primitiva definizione della malattia data dall'Oppenheim di paralisi bulbare senza reperto anatomico sembra non poter più reggere di fronte ai fatti ultimamente accertati. Poichè già Mayer aveva riscontrato delle alterazioni nelle radici nervose anteriori come pure alterazioni profonde nelle cellule gangliari avevano riscontrato Marinesco, Widal, Murri, Sussendorf, Thomas, Weigert, Bernhardt, Pineles, ecc.

Nella miastenia grave a decorso protratto è difficile trovare alterazioni macroscopiche grossolane, quando la malattia assume un decorso acuto si può riscontrare un leggero edema della pia con liquido c. r. più abbondante della norma, nella massa cerebrale non sempre disturbi circolatorî molto appariscenti; microscopicamente in corrispondenza del bulbo e della sostanza grigia del midollo le note di una encefalomielite disseminata con uno stretto rapporto di diffusione secondo i vasi sanguigni e più ancora secondo i linfatici, sia gli uni che gli altri potendo mostrare un'infiltrazione avventiziale più o meno marcata. Con maggiore frequenza vennero riscontrate lesioni gangliari (più evidenti dove sono più marcate le lesioni interstiziali) caratterizzate da uno sfacelo delle zone tigroidi, da tumefazione, arrotondamento, retrazione (raramente di una vera degenerazione con scomparsa della cromatina) del nucleo.

Qualche volta anzi l'unica lesione constatabile è la tigrolisi delle cellule gangliari (Wickmann, Bielsckowski, Gowers, Knoblauch), senza tener conto che può anche mancare un parallelismo preciso fra quadro clinico ed anatomo-patologico (ciò che secondo qualche A. parlerebbe per la natura primitiva delle lesioni gangliari: (Leiner, Wiesner, Kaufmann, Csisky). L'infiltrazione parvicellulare è formata sopratutto da linfociti, si riscontrano pure poliblasti di Maximow ed anche leucociti neutrofili. Non mancano neppure i fenomeni di neuronofagia particolarmente spiccati nei casi gravi decorsi in modo acuto, reperto che alla sua volta parlerebbe pure per una lesione primitiva delle cellule gangliari. In ciò precisamente come nella poliomielite. Ma non sempre è rilevabile un reperto anatomico, per modo che resterebbe giustificata l'ipotesi di quanti ammettono più che di una lesione anatomica trattarsi di una funzionale: agli elementi nervosi dei nuclei d'origine dei nervi motori cerebro-spinali verrebbe dopo qualche stimolo a mancare ogni potere per sopravvenute modificate influenze metaboliche.

Ma già Pineles, Silva, Kolischer, Eisenlohr, Charcot, Marinesco, ammettevano anche per questi casi una lesione anche dove il reperto microscopico era per insufficienza di mezzi dimostrativi apparentemente negativo. In ogni modo i reperti anatomo-patologici sebbene il più delle volte non rivestano l'estensione e l'intensità di quelli proprii della poliomielite, almeno per quanto riflette le lesioni più grossolane, sono assai simili a quelli che sogliono completarne il quadro: di modo che non è tanto fuor di luogo ammettere che la miastenia grave possa costituire un aspetto della poliomielite infettiva. Almeno per quanto riguarda la forma infantile. Poichè essa viene per lo più descritta come una lesione propria degli individui adulti indipendente, almeno apparentemente, da qualsiasi altra malattia infettiva. Però anche nell'adulto l'inizio può assumere una sindrome simile a quella della polioencefalo-mielite (Murri, Weigert, Senator, Raimond, Shaw, Erb, Wilks, Eisenlohr, ecc.). Per modo che è ancor logico chiederci se le due forme non potendo essere interpretate come simili eziologicamente, lo possano essere come quadri identici di forme eziologicamente varie. Nel qual caso, invece di una forma morbosa a sè, sarebbe un sintoma ad eziologia varia: concetto questo già espresso dal Rajmond e sostenuto da quei casi nei quali la lesione tenne dietro ad un ileo-tifo, ad un'eresipela, ad una difterite, ad un'influenza (Hoppe, Goldflam, Westphal).

Questo in via di pura ipotesi. Nei casi nostri particolari con altrettante buone ragioni potrebbesi ammettere essere un quadro della poliomielite infettiva, non solo per il fatto di essere insorti durante una epidemia di tal fatta, ma ancora perchè l'inizio loro fu per molti sintomi identico a quelli che so-

gliono precedere ed accompagnare tale forma morbosa, che precedettero ed accompagnarono i casi di polioencefalite contemporaneamente osservati perchè alcuni reperti clinici sono con essa comuni, ed infine poichè il quadro quale ne seguì trova punti di riferimento nelle forme anomali, spurie, abortive che dir si vogliano, della poliomielite. Concetto in ogni modo non sempre ragionevolmente sostenibile per ogni caso indistintamente.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su due casi di miastemia grave osservati durante un'epidemia di poliomielite; discutendo dei rapporti fra le due forme, tenuto conto che la malattia può insorgere in seguito alle più svariate malattie infettive, che la poliomielite nelle sue forme spurie od abortive può anche manifestarsi con semplici fenomeni di ipotonia muscolare, scomparsa dei riflessi, facile esauribilità, ecc.; tenuto conto infine dei reperti anatomici, si domanda se nella fattispecie i due casi non debbano ritenersi come casi di poliomielite o non piuttosto (scartato il concetto di una forma a sè) sindrome di una lesione consecutiva ad una malattia infettiva in genere.

NOTE E CONTRIBUTI.

Contributo clinico alla sutura della vena porta

per il professor dottor GIORGIO GIORGI
chirurgo degli Ospedali di Roma.

Riporto la breve nota clinica « Sutura della porta » pubblicata nel n. 7-8 della *Clinica Chirurgica* (anno II, vol. XXVII, 1920).

« Trattando l'argomento dell'intervento diretto a riparare le lesioni di continuo delle pareti dei vasi venosi gli autori riuniscono in gruppi le diverse vene a seconda dei differenti mezzi d'emostasi che ad ogni gruppo convengono:

a) Vene nelle quali la legatura è possibile e non determina conseguenze gravi.

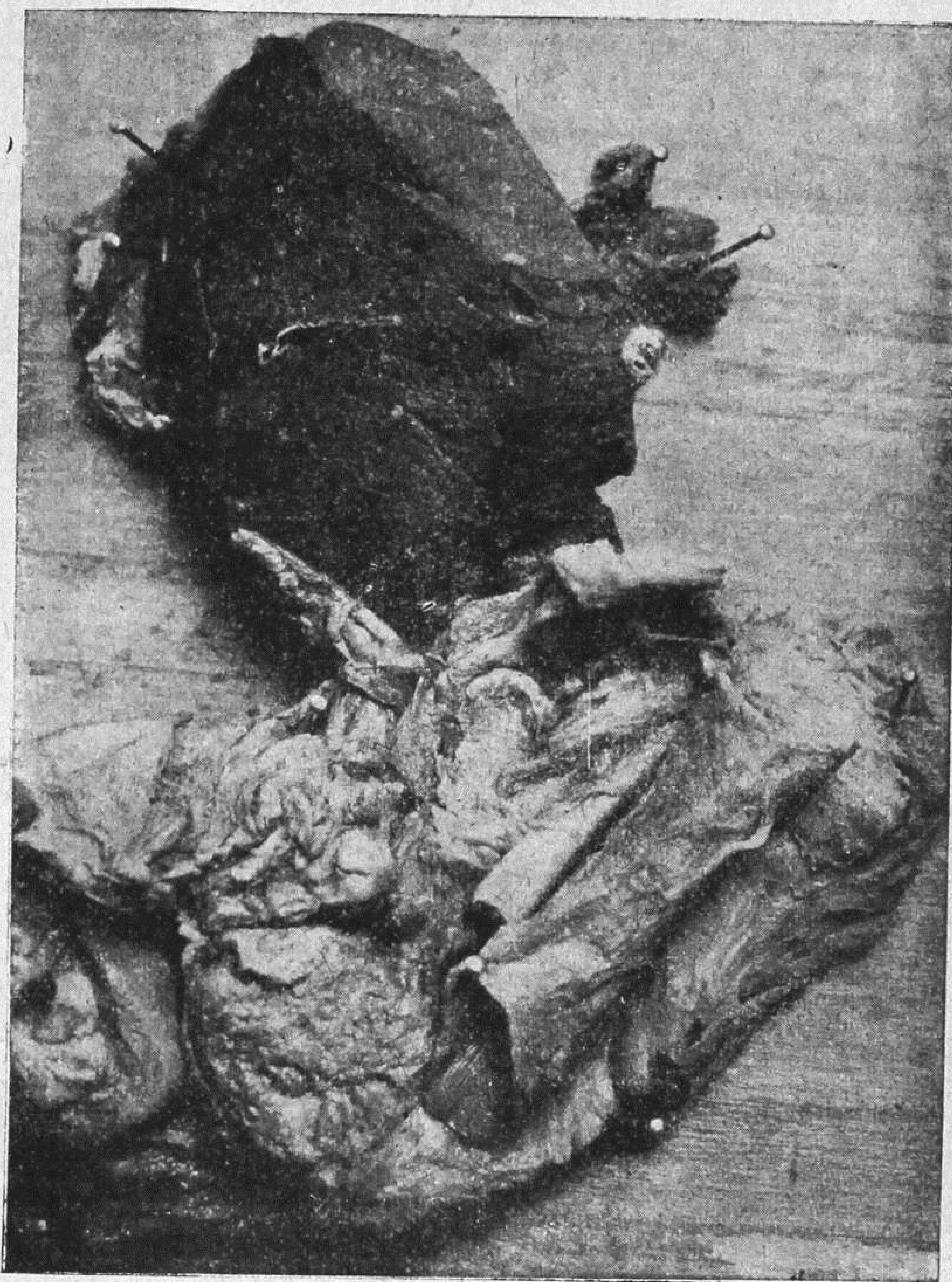
b) Vene nelle quali la legatura è difficilissima ad applicarsi, per le loro particolari condizioni di ubicazione anatomica (seni venosi del cranio).

c) Vene nelle quali la legatura può non essere assolutamente benigna (cava-sottorenale, tronco brachio-cefalico, giugulare interna).

d) Vene nelle quali la legatura determina conseguenze fatali (porta, cava sopra-renale).

Per le vene appartenenti a questo ultimo gruppo, sempre che le lesioni non siano tali da determinare l'*obitus* per emorragia, prima di qualunque intervento, non può entrar in discussione, come mezzo di riparazione delle soluzioni di continuo delle pareti, che la sutura.

Per ciò che riguarda la vena porta, all'infuori dell'anastomosi porto-cava, scorrendo la letteratura rilevo una sola osservazione di sutura di ferita della porta: eseguita da Schultes, ed anche in condizioni particolarmente favorevoli, in quanto che la lesione vasale era avvenuta nel corso di un atto operativo.



La fotografia eseguita in direzione postero-anteriore riproduce quella che può considerarsi come la faccia vertebrale del **frammento anatomico.**

Manca la lamina posteriore del legamento epato-gastro-duodenale, è visibile la superficie posteriore della lamina anteriore del legamento e su di essa il tronco della vena porta per 5 centimetri di lunghezza, fiancheggiata medialmente da un tratto dell'arteria epatica.

In alto una porzione del lobulo quadrato del fegato; in basso a sinistra la seconda porzione del duodeno e il pancreas.

La sutura aveva tenuto con permeabilità del vaso, constatata dopo la morte che avvenne il IV giorno dalla operazione.

Dunque: ferita accidentale, ad addome aperto, immediatamente riparabile, caso assai diverso dalla lesione traumatica vera e propria, cioè a dire non operatoria.

Il calibro notevole del vaso, e la struttura istologica, la sua posizione speciale, le concomitanti lesioni d'altri organi, fanno sì che le lesioni ne siano di rara constatazione per esser esse rapidamente mortali: assai prima che il ferito sia in condizione di ricevere soccorso chirurgico.

Non ho notizia d'altri accertati interventi riparatori delle lesioni della parete della porta: e non di sezioni complete del vaso per ovvie ragioni.



La fotografia è eseguita nella stessa posizione: un po' di sbieco.

Il tronco della porta è rovesciato medialmente per mostrare la linea di sutura: questa è lunga circa un centimetro e mezzo. Nel tratto superiore aderisce alla lamina del legamento epato-gastro-duodenale; nel tratto inferiore è libera. L'asterisco nero sovrasta l'ultimo punto della sutura: ne sono visibili il nodo e gli estremi.

Il caso di sutura della porta da me eseguito e che riferisco, data l'entità della lesione parietale del vaso determinata da un proiettile di rivoltella, deve ad un concorso di circostanze anatomiche e fisiologiche se ha potuto esser riparato prima che la emorragia abbia causato la fine.

Casali Alfredo, di anni 35: portato all'Ospedale di S. Giacomo il 21 giugno 1920 ferito da cinque colpi di rivoltella (Lebel 8 mm.) esplosi alla regione dorsale; quattro proiettili avevano determinato tragitti a canale completo nei tessuti molli della coscia destra, della coscia sinistra e delle regioni glutee. Il quinto proiettile penetrava per la regione paravertebrale sinistra all'altezza della 1ª lombare nello speco vertebrale, nella cavità addominale ed usciva in corrispondenza dell'ipocondrio destro, un dito sotto il margine costale sulla linea mamillare. All'esame obiettivo risultavano difesa addominale diffusa specialmente a destra, con segni di emorragia cavitaria, paralisi di moto e di senso degli arti inferiori.

In narcosi cloro-eterea eseguii a destra una incisione obliqua sotto il margine costale della xifoide alla ascellare anteriore: e ad essa ne aggiunsi due perpendicolari che, dalla parete toracica, scendevano a raggiungerla, per la sezione temporanea della VIII e IX cartilagine costale e il sollevamento del lembo toracico alla Postempski.

Riscontravo imponente emoperitoneo ed una ferita passante del lobo destro del fegato dalla faccia inferiore, in direzione del margine libero del legamento epato-gastro-duodenale, alla faccia antero superiore: entrambi i fori quello di ingresso e quello d'uscita irregolari, con irradiazioni stellari nel parenchima del lobo stesso. Riparavo immediatamente le ferite del fegato con una sutura a punti staccati in catgut.

Però l'emorragia continuava: appena detersa la cavità addominale avveniva una nuova inondazione di sangue.

Nessuna lesione presentandosi sulla faccia anteriore dello stomaco e del duodeno e d'altra parte il sangue provenendo dalla regione del forame di Vinslow, incidevo ampiamente il meso gastro-colico ed esploravo la faccia posteriore gastrica, il pancreas e i grossi vasi: con esito negativo.

Rinnovando l'esplorazione della faccia inferiore del lobo destro epatico e della piccola curvatura gastrica scoprivo finalmente in corrispondenza della pagina anteriore del legamento epato-gastro-duodenale una lesione ad elissi molto allungata, per più di un centimetro, da questa specie di fessura fuoriusciva un fiotto di sangue, ad intermittenza coincidente coi rilasciamenti espiratori del ligamento.

Sollevando questo con l'indice sinistro introdotto nel forame di Vinslow, e cercando dolcemente con la tenta di isolare gli elementi del ligamento scoprivo il più mediale di essi, un grosso vaso del calibro di un dito mignolo la parete del quale, dal lato interno, presentava una ferita a margini regolari lunga più d'un centimetro: per la topografia ed il calibro il vaso corrispondeva alla vena porta.

Sempre sollevando con l'indice sinistro attraverso il Vinslow il legamento in modo da inflettere il vaso e limitarne la emorragia riuscivo ad afferrare con due pinze di Kocher i margini della ferita vasale; successivamente con un piccolo ago cilindrico curvo, e seta n. 0 adoperando per porta-ago una pinza di Peán lunga, ponevo e serravo due punti perforanti sopra e sotto la Kocher inferiore: e tolta questa nell'intervallo un terzo punto. Ripetevo per la Kocher superiore la stessa manovra: ed infine tra le due serie di tre punti ne passavo e serravo un settimo. L'emostasi appariva

completa: per maggior sicurezza riportavo sul vaso la pagina anteriore del ligamento epato-gastro-duodenale.

Disposi un sottile stuello di garza sul ligamento. Ribattendo il lembo condrale suturai quasi completamente la parete.

Il decorso post-operatorio fu assai soddisfacente per il risultato della sutura vasale, in quanto che non si manifestò alcun sintomo di insufficienza di circolazione epato-portale.

La radiografia confermava la lesione vertebrale all'altezza della 1ª lombare: nel midollo spinale apparivano piccoli frammenti di corpi estranei ossei o metallici (derivati dal proiettile) ».

***

Le complicazioni settiche vescicali, sopravvennero in seguito, malgrado le precauzioni e gli accorgimenti tecnici usati negli svuotamenti giornalieri della vescica paralizzata per la lesione del midollo, si propagarono agli ureteri ed ai reni, e determinarono pielo-nefrite purulenta bilaterale. La lesione renale fu causa del decesso che avvenne il 9 novembre 1920, circa cinque mesi dopo l'atto operativo eseguito per la ferita della porta.

L'autopsia confermò la lesione subtotale del midollo lombare determinata dal proiettile e la lesione suppurativa renale bilaterale causa diretta dell'obitus.

L'osservazione anatomica del tronco della vena porta fu potuta eseguire per la cortesia dei professori Impallomeni e Massari.

Il frammento anatomico prelevato mostra il vaso connesso al ligamento epato-gastro-duodenale e la lamina anteriore di questo, ancora in rapporto con un tratto del lobulo quadrato del fegato in alto, ed in basso con la seconda porzione del duodeno e con una parte della testa del pancreas.

Il tronco portale, diretto obliquamente da sinistra a destra e dal basso in alto, fiancheggiato all'interno dalla arteria epatica, aderisce, per un breve tratto della sua circonferenza antero-mediale, alla lamina anteriore del legamento epato-gastro-duodenale.

L'aderenza avviene appunto in corrispondenza di parte della linea di sutura.

Rovesciando il vaso medialmente (come si vede nella seconda fotografia che è inoltre eseguita un po' di sbieco) si rende visibile la linea di sutura: essa per il tratto superiore aderisce con la tunica esterna del vaso al legamento.

È perfettamente libera nel tratto inferiore e presenta ancora distinto qualcuno dei punti di seta: nella fotografia è ben distinto l'ultimo della serie, il settimo.

Il vaso è completamente pervio di calibro uniforme, non presenta traccia di trombo parietale. Il controllo anatomo-patologico completa l'osservazione clinica di quasi cinque mesi: dimostra che la lesione vasale determinata dal proiettile fu riparata, e che la sutura eseguita con mezzi comuni e non con strumentario speciale riuscì completamente.

Il vaso si mantenne sempre pervio e la circolazione epato-portale non subì alcun disturbo, la guarigione della ferita della porta va sotto ogni aspetto considerata perfettamente avvenuta.

COMMENTI.

Sindrome da fame nei prigionieri di guerra.

Riceviamo:

Onorevole Redazione del « Policlinico »,

Sul fascicolo 37 del « Policlinico » (Sez. Pratica) ho letto un articolo del dott. Michele Bolaffio dal titolo: « Sindrome da fame nei prigionieri di guerra italiani in Germania ».

L'egregio dottore che tratta con tanta competenza questa singolare forma di edemi si meraviglia che nessuno dei medici prigionieri abbia comunicato proprie osservazioni.

Sta il fatto però che, durante la mia prigionia in Germania, a Rastadt prima ed a Celle poi, il prof. Rinaldo Pellegrini dell'Istituto di Medicina Legale di Parma, anima grande di studioso e d'italiano, pur tra la fame e gli stenti tenne numerose lezioni in alcune delle quali espose ai medici e agli studenti diversi casi clinici che poi al ritorno in patria furono oggetto di una lunga comunicazione al Reale Istituto Veneto di Scienze e Lettere nella seduta del 22 giugno 1919.

Nella comunicazione: « Contributo alla conoscenza della patologia del prigioniero di guerra (Su di una particolare forma di edemi - Criteri diagnostici differenziali cogli edemi simulati) » l'illustre professore tratta con una buona casistica e con larghi esami clinici questo nuovo capitolo della patologia ed esamina in fine tutto quello che fu scritto su tale forma morbosa.

Gratissimo della pubblicazione di questa mia

CATALANO ORLANDO, laureando in med.
Chianche di Ceppaloni (Benevento), 20-9-21.

Sullo stesso argomento riceviamo un contributo del dott. G. de Toni, da Padova; lo pubblicheremo in un prossimo numero.

LEZIONI.

La diagnosi di malattia del pancreas.

La posizione del pancreas sufficientemente remota per proteggerlo dall'esame ma non da lesioni, e il fatto che la sua secrezione è immessa in una regione così inaccessibile del canale alimentare hanno per lungo tempo imbarazzato il fisiologo e confuso il medico. Nella metà del secolo scorso Sir Thomas Watson diceva: «Può sembrare trascuranza verso il pancreas di passarvi sopra senza accorgersi delle malattie cui va soggetto; le quali, in realtà poche, non si manifestano attraverso alcun segno intelligibile». E poco più tardi Bristow esponeva la sua convinzione che nella maggioranza dei casi le malattie pancreatiche rimangono senza dubbio ignorate durante la vita. Ma altri dello stesso periodo di tempo erano più ottimisti e Wardell nel 1871 scriveva: «Non vi sono sintomi patognomonici di malattia pancreatica; ma un insieme di sintomi possono indicare una lesione di quest'organo». Queste parole mantengono a tutt'oggi il loro valore e costituiscono la tesi di questa conferenza, che Sir Archibald Garrod teneva al London Hospital Medical College (*Brit. med. Journal*, 3 aprile 1920).

Tenendo sempre presente il fatto, su cui insiste anche Carnot, che molte volte il più difficile è pensare alla possibilità che il pancreas sia affetto, le indicazioni diagnostiche a nostra disposizione si possono riunire in tre gruppi principali. Nel 1° rientrano i segni clinici come tumefazione, dolore spontaneo e alla palpazione, vomito, cianosi e simili, e i segni di compressione sugli organi vicini. Nel 2° possiamo riunire i segni di *deficit* della secrezione esterna: digestione difettosa di proteine, grassi e carbo-idrati. Ed il 3° gruppo comprende i segni di *deficit* della secrezione interna, di cui la glicosuria è ad un tempo il più importante ed il meglio noto.

Vi sono poi alcuni sintomi che l'esperienza clinica e patologica ci ha insegnato ad associare a lesioni pancreatiche. Così la diagnosi di carcinoma della testa del pancreas è spesso correttamente posta sopra basi puramente cliniche: e in casi di diabete bronzino, con fegato cirrotico ingrandito e peculiare pigmentazione della pelle, il pancreas è sempre interessato.

Sono state ideate molte prove ingegnose della funzionalità pancreatica ed ognuna ha i suoi aderenti o i suoi detrattori. Quando vi è una così grande scelta di prove ognuno tende naturalmente a concentrarsi su quelle poche fra esse che gli sono sembrate più utili e di più facile applicazione. L'A. non ha l'intenzione, nè sarebbe possibile, di descriverle tutte, ma essendosi interessato, con un gruppo di collaboratori, per alcuni anni di questo argomento, riferirà i risultati della sua esperienza.

***

I *segni fisici* di malattia del pancreas sono al meglio osservati nella pancreatite acuta, sebbene delle grosse cisti dell'organo producano delle tumefazioni assai più cospicue e sebbene è nei carcinomi che i segni di compressione sono più chiaramente manifesti.

Un pancreas molto ingrossato forma un tumore nella parte superiore dell'addome, fra l' xifoide e l'ombelico, non mobile col respiro, e a contorni spesso mal definiti. L'ottusità alla percussione viene oscurata dalla sovrapposizione dello stomaco e dell'intestino. In casi favorevoli in soggetti magri è anche possibile palpare un pancreas leggermente ingrandito.

Il dolore può essere continuo o parossistico, è avvertito all'addome, e, come tale, è facile a confondersi con altri dolori acuti addominali. Molta importanza deve attribuirsi all'eventuale presenza di un dolore al dorso.

Il vomito nella pancreatite acuta è di solito intenso: se si aggiunge la costipazione ostinata è facile pensare all'ostruzione intestinale. Un certo valore diagnostico ha un lieve grado di cianosi. L'addome è di solito teso ma la rigidità è minore che in altre lesioni infiammatorie acute.

Dei sintomi di compressione l'ittero è il più imponente e ciò non sorprende dati i rapporti anatomici delle ghiandole con il coledoco (carcinoma della testa del pancreas); anzi Oser e Mayo Robson sostengono che il cosidetto ittero catarrale possa spesso esser determinato da una tumefazione del pancreas. Noi conosciamo poco le flogosi lievi di queste ghiandole, ma ve n'è una varietà ben nota, cioè quella che consiste in una metastasi della parotite: orbene, in quasi tutti i casi di questo tipo di pancreatite l'ittero manca; mentre non è certo un fenomeno comune nei casi di pancreatite grave emorragica o d'altra specie.

D'altro lato vi è una stretta connessione fra i disturbi da calcoli biliari e la pancreatite interstiziale, e per i rapporti anatomici fra il dotto biliare e il pancreatico un'infezione può diffondersi dall'uno all'altro. Così l'ittero nelle lesioni del pancreas può avere altre origini, oltre la compressione del coledoco.

Un tumore del pancreas può determinare ostruzione considerevole anche del duodeno, specialmente quando questo è completamente circondato dalla testa della ghiandola. Ancora, possono esservi segni di compressione sulla porta e sulla cava.

Nel 1912 Cohn e Peiser richiamavano l'attenzione sulla presenza, in alcuni casi di pancreatite, di sintomi oculari che siamo soliti ad attribuire a eccessiva attività della tiroide. Nessuna conclusione definitiva può trarsi dai 5 casi di questi AA. e da uno in cui Garrod potè confermare il reperto, ma questo fatto merita uno studio più accurato perchè investe il più largo argomento dell'inter-azione fra tiroide e pancreas.

Negli esami fatti per ragioni militari negli scorsi anni si è imparato a riconoscere segni d'ipertiroidismo in condizioni che prima non venivano connesse alla tiroide, e si è dovuto ammettere che la malattia di Graves [Flaiani] è piuttosto il punto culminante di una serie di gradi intermedi fra essa e la normalità. Si è constatato inoltre spesso una dissociazione dei sintomi tiroidei, p. e. in un paziente solo i sintomi oculari e in un altro solo tachicardia e tremore: sembrerebbe dunque che esistano parecchi ormoni tiroidei e che l'eccesso dell'uno non implica l'eccesso dell'altro. Del resto, è da gran tempo usato il termine di morbo di Graves [Flaiani] larvato. Di regola quando sono associati sintomi tiroidei e pancreatici la tiroide sembra l'organo primariamente affetto.

Ma, se nella pancreatite i sintomi oculari sono dovuti a eccessiva secrezione tiroidea, è realmente il simpatico che stimola la ghiandola all'iperattività, e ciò non fa meraviglia, data la grande vicinanza fra il pancreas e i grandi gangli e plessi addominali. È anzi a questa vicinanza che molti attribuiscono parecchi dei sintomi di pancreatite acuta (dolore, vomito, collasso).

Fu per provare l'esistenza di una tale interferenza che Loewi introdusse la sua prova della midriasi adrenalinica. Due o tre gocce di una soluzione al millesimo sono istillâte nel sacco congiuntivale e ciò si ripete dopo 5 minuti. Nella grande maggioranza dei casi non si ha midriasi, ma in pochi casi in 1/2-1 ora si produce una spiccata dilatazione della pupilla. Loewi la vide prodursi in 10 su 18 diabetici, e la ritenne indicatrice di una lesione pancreatica e in uno su tre casi di gozzo esoftalmico dove l'attribuì all'irritabilità del simpatico esistente in questa malattia.

Garrod ha applicato la reazione di Loewi largamente negli ultimi anni, e la ritiene di indubbio valore nella diagnosi delle lesioni pancreatiche, purchè se ne fissino bene i limiti. Le pupille debbono essere prima accuratamente esaminate, non solo rispetto alla loro uguaglianza, ma anche per assicurarsi della mobilità dell'iride saggiata. La reazione può mancare in uno stadio avanzato, quando esisteva in uno stadio precoce. Può mancare in casi di netta malattia pancreatica mentre può riuscire quando non v'è grave lesione della ghiandola. Tutto ciò suona molto scoraggiante, ma l'esperienza di un gran numero di casi porta il conferenziere a considerare la midriasi adrenalinica come fortemente suggestiva di una lesione pancreatica. D'altro lato egli non avventurerebbe mai una tale diapnosi sopra questa reazione soltanto, nè dalla mancanza della dilatazione adrenalinica concluderebbe che il pancreas è intatto.

Uno dei difetti della reazione di Loewi è di essere troppo delicata sì da riuscire positiva anche quando la lesione pancreatica non è notevolmente estesa; ciò che peraltro può costituire un vantaggio.

***

Le indicazioni di disturbata *secrezione esterna* del pancreas sono i migliori sussidi diagnostici che possediamo. Possono riguardare la digestione sia delle proteine che dei grassi, che dei carbo-idrati poichè il pancreas ha importanza su tutte e tre le classi di alimenti.

Se v'è un segno che, anche isolato, possa essere considerato patognomonico di malattia pancreatica esso è la *steatorrea* vera, cioè l'emissione con le feci di grasso liquido, che solidifica col raffreddamento. Salomon anzi lo ritenne un sintoma presente solo nelle malattie del pancreas, ma l'A. in base a esperienza personale non sente di potersi associare a questa veduta.

Ambedue le secrezioni del pancreas, l'esterna e l'interna, prendono parte all'utilizzazione dei grassi; la lipasi intervenendo nella loro scissione, la secrezione interna nel loro assorbimento. Il grave *deficit* nella scissione dei grassi, che Friedrick Müller descrisse come caratteristico di lesioni del pancreas, può mancare in queste quando vi sia cospicuo eccesso di grasso fecale; una guida più sicura ci è fornita dal contenuto totale di grasso (grassi, acidi grassi e saponi) nelle feci; e meglio ancora serve la più laboriosa determinazione delle proporzioni fra grasso ingerito e grasso emesso. Certo una cospicua incapacità a scindere i grassi ha un grande valore; nell'uomo sano circa il 75 % del grasso delle feci

è nella forma scissa, mentre negli affetti da malattia pancreatica appena il 20 % circa passa sotto forma di acidi grassi e saponi. Il grande significato diagnostico della steatorrea vera sta appunto nel fatto, che essa indica non solo un eccesso di grassi ma anche un'indebita proporzione di grasso neutro.

L'ittero, che così spesso accompagna l'ostruzione del dotto pancreatico, oscura in parte l'indicazione data dalla steatorrea, perchè la semplice assenza di bile dall'intestino disturba notevolmente l'assorbimento del grasso. Del resto anche quando è bloccato il solo dotto pancreatico possono aversi risultati assai differenti, e inoltre il disturbo della secrezione spesso dipende non da bloccamento del dotto, ma da danneggiamento del tessuto ghiandolare. Comunque, anche quando v'è ittero, una proporzione di grassi nelle feci disseccate che superi il 40 o 50 % è altamente suggestiva di una malattia del pancreas.

Secondo Zoja una proporzione indebitamente bassa di saponi indicherebbe una lesione pancreatica, ma secondo l'A. ed altri, poca importanza può darsi a questo segno.

Winternitz ha introdotto una reazione dell'attività pancreatica in rapporto ai grassi: somministrato per bocca 1/2 grammo di sajodina, la quale viene scissa solo dal succo pancreatico, si va a ricercare lo jodio nelle urine. Ma poichè il succo agisce su di essa solo in presenza di bile la reazione ha valore, e lo ha effettivamente, soltanto quando non vi sia ittero.

Se alla deficiente scissione o utilizzazione dei grassi si aggiunge un *deficit* evidente nella *digestione delle proteine*, la probabilità di una lesione pancreatica si rafforza notevolmente. Per mettere in evidenza questo segno vi sono molti mezzi; ma il più semplice è nello stesso tempo il più convincente; si troveranno cioè nelle feci molte fibre muscolari provenienti dalla carne introdotta col cibo, mal digerite e colla striatura ben visibile al microscopio. Questa *creatorrea* è di poco inferiore nel valore diagnostico alla steatorrea e ha il vantaggio che è indipendente dall'ostruzione del coledoco.

Un'eccessiva escrezione di azoto nelle feci e una conseguente disordinata perdita di azoto determinata nelle ricerche sul ricambio, costituisce una prova addizionale del disturbo dell'utilizzazione delle proteine; ma poichè altri fermenti oltre la tripsina prendono parte in questo lavoro l'*azotorrea* è molto meno utilizzabile che l'emissione di fibre muscolari striate e di nuclei.

La maggioranza delle prove pancreatiche riguardano la deficienza della digestione triptica e possono riunirsi in tre gruppi: alcune cercano di ottenere una piccola quantità del contenuto duodenale per esaminarlo; altre si basano sull'introduzione nel canale alimentare di messaggeri, per così dire, e sull'esame delle feci o di altri secreti per vedere che cosa è a essi accaduto nel loro passaggio; ed altre studiano l'azione triptica delle feci.

Appartengono al 1° gruppo la colazione di prova di olio: sotto la sua influenza alquanto contenuto duodenale è rigurgitato nello stomaco e quindi può essere sifonato il contenuto di questo. Migliore e meno fastidiosa è la capsula di metallo di Einhorn, che rinchiusa in gelatina e assicurata a una corda o a un tubo di caucciù, viene fatta ingerire e quindi passa nel duodeno per la peristalsi gastrica (sorvegliarne il progresso con la radioscopia). Ritiratala, se ne possono ottenere 5-10 centimetri cubici di contenuto duodenale, su cui saggiare l'attività triptica. L'A. non ha esperienza di questi metodi ma è evidente che, mentre il reperto di triptina indica che il secreto pancreatico passa nel duodeno, per la mancanza di esso nel succo estratto non si potrà concludere alla inefficienza della ghiandola.

Il potere triptico delle feci si saggia facendo digerire della caseina da un estratto alcalino di quelle (O. Gross). Un reperto negativo parla molto per l'insufficienza pancreatica, ma un reperto positivo ha minor valore perchè altri fermenti nelle feci possono agire come la tripsina.

Le prove che abbiamo chiamato «dei messaggeri» sono parecchie: ricordiamo le capsule di gelatina di Sahli che racchiudono una sostanza facilmente reperibile nell'urina o nella saliva (la capsula sarebbe sciolta solo dalla digestione triptica). Ma un reperto negativo è lungi dall'essere conclusivo, perchè la capsula può resistere alla digestione specialmente se il suo passaggio fu rapido.

Tutto sommato sembra preferibile attenersi a fenomeni grossolani come quelli della creatorrea e della steatorrea.

Passando alla *digestione dei carbo-idrati* è stato dimostrato da Wohlgemuth e abbondantemente confermato, che nelle lesioni del pancreas è comune un diminuito efflusso di diastasi nelle feci ed un aumento di queste nel sangue e nelle urine; specie d'ittero incolore, dovuto a un impedito efflusso del succo pancreatico nell'intestino o anche a uno sfuggire diretto della diastasi del sangue. Sebbene la spiegazione di questi fenomeni non sia così

semplice, il saggio della diastasi nelle urine costituisce una delle migliori e delle più utili prove dell'integrità del pancreas, ed è inoltre facile e rapida: qualità quest'ultima che ha grande importanza negli stadi acuti quando occorre non ritardare un intervento chirurgico. Ma la prova della diastasi partecipa dell'incertezza che investe tutte le reazioni del pancreas in generale; e mentre un cospicuo eccesso di diastasi nelle urine è altamente suggestivo di malattia pancreatica, un'escrezione normale non esclude affatto una malattia anche avanzata della ghiandola. Nè va dimenticato che in molti casi di malattia renale la capacità del rene ad eliminare la diastasi è gravemente compromessa; quindi vanno esclusi i casi con albuminuria. Inoltre questa prova come quella di Loewi pecca di eccessiva delicatezza: ambedue possono dare risposte positive anche quando il pancreas è, per così dire, disturbato da una malattia adiacente.

***

Rimane da considerare la deficienza della *secrezione interna* del pancreas. Dalle classiche ricerche di Mehring e di Minkowsky la glicosuria ha occupato un posto importante fra i segni di lesione pancreatica, ma dal punto di vista clinico essa è ben lungi dal corrispondere alle speranze promesse dagli esperimenti fisiologici. Poichè, l'iperglicemia e la glicosuria possono ben risultare da un disturbo dell'equilibrio normale fra pancreas e altre ghiandole endocrine: sappiamo che p. e. un eccesso di secrezione tiroidea può determinare glicosuria sebbene il pancreas sia intatto. D'altra parte un piccolo residuo di pancreas può impedire la glicosuria e la ghiandola può essere gravemente danneggiata, senza che il paziente emetta zucchero nelle urine. Invero può dirsi che eccetto nei casi di pancreatite cronica, la glicosuria è un sintoma non comune di malattia pancreatica; sebbene l'A. è propenso a credere che, praticando delle ricerche quotidiane, si constaterebbe una glicosuria intermittente in molti più casi che non si pensi.

Generalmente parlando l'assenza di glicosuria non porta alcun argomento contro la presenza di malattie pancreatiche, ma in non pochi casi la sua presenza porta un notevole ausilio ad una diagnosi basata su altri reperti.

Nell'assenza di glicosuria effettiva può essere abbassata la tolleranza per il glucosio; e anche questa prova rientra fra i mezzi diagnostici a nostra disposizione, ma va ricordato che quasi ogni disturbo nell'equilibrio delle secrezioni interne porta a un'alterazione, innalzamento od abbassamento, nella tolleranza al glucosio.

La reazione di Cammidge, che può ben trovare posto qui, è un fenomeno di grande interesse, indubbiamente connesso con alterazioni pancreatiche, e quando è osservata porta un notevole contributo. Ma anch'essa ci può venir meno in casi di malattia grave della ghiandola, specie negli stadi avanzati. È quindi naturale che molti preferiscano impiegare metodi che assorbano meno tempo, e che siano meno alla mercè di piccoli errori di tecnica.

***

Abbiamo dunque visto separatamente vari frammenti di un edificio: solo quando parecchi di essi possono essere adattati insieme, possiamo formare un distinto quadro clinico di malattia pancreatica. Nè dobbiamo dimenticare che, determinata la sede di una lesione, è necessario precisarne la natura, problema invero, per l'argomento in esame, meno difficile.

Per diagnosticare le più comuni malattie del pancreas, quali la pancreatite acuta, il carcinoma, le cisti e la pancreatite interstiziale cronica, ci basiamo principalmente sopra sintomi clinici: qui la pratica clinica, fortificata dall'esperienza della camera incisoria, è la nostra guida migliore. Ma è probabile che resterà per lungo tempo un residuo di casi, in cui abbiamo ragione di ritenere che il pancreas è malato senza poter determinare, con un certo grado di accuratezza, la natura della lesione.

Per illustrare questo punto dell'argomento l'A. riferisce 4 storie cliniche di casi assai diversi fra loro, tutti più o meno caratteristici di malattia pancreatica. Nel primo si trattava di una pancreatite subacuta e la diagnosi si basò principalmente su sintomi clinici, sebbene fosse confortata da parecchie prove della funzionalità pancreatica. Nel secondo caso, un carcinoma, l'evidenza di una lesione del pancreas si basava largamente sui disturbi della secrezione esterna ed interna della ghiandola, ma era assai conclusiva; eccetto l'ittero intenso, i segni clinici non portarono un grande aiuto; unico punto in dubbio, la sede primaria del tumore. Nel terzo caso la steatorrea e la creatorrea associate non lasciarono dubbio per una grave lesione pancreatica e la reazione di Cammidge appoggiava questa veduta; presumibilmente era ostruito il dotto, e il pancreas era la sede di alterazioni interstiziali; erano negative le prove dell'adrenalina e della diastasi, ma ciò non poteva infirmare la diagnosi. Nell'ultimo caso gli unici segni

pancreatici erano la posizione del dolore parossistico, l'eccesso di diastasi nell'urina e la midriasi adrenalinica: l'autopsia dimostrò un'ulcera cronica del duodeno aderente al pancreas, il quale peraltro si mostrava normale ad occhio nudo.

***

Da tutto quanto precede risulta evidente che praticamente ogni segno, ogni sintoma, ogni reazione, può a volta a volta sfuggire, e che, nel singolo caso abbiamo bisogno di pesare la quantità e la qualità delle probabilità pro e contro una lesione del pancreas. In una parola ritorniamo all'affermazione di Wardell del 1871. È ancora vero che «non vi sono sintomi patognomonici di malattia pancreatica; un insieme di sintomi parla per la probabilità di una tale lesione». Ma noi abbiamo a nostra disposizione una serie di sintomi assai più ampia che non avesse Wardell, e in non pochi casi il quadro di probabilità coincide con la certezza.

SEBASTIANI.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

Radiologia delle cardiopatie.

(A. J. PACINI. *Medical Record*, 22 gennaio 1921).

I due metodi più usati per la valutazione accurata della grandezza del cuore sono l'ortodiagrafia e la teleroentgenografia. La prima ha il vantaggio di dare un contorno che teoricamente corrisponde alle dimensioni precise dell'oggetto in esame, ma per quanto sia economica nel materiale usato, per altrettanto richiede molto tempo e grande abilità. La seconda è più semplice e rapida, ma richiede adatta correzione per l'ingrandimento dell'ombra cardiaca a causa della divergenza dei raggi nel produrre la *silhouette*. Se si mantiene una distanza costante di due metri dalla targa allo schermo, e il paziente sempre si osserva in posizione ventrodorsale, la correzione è fissa e pertanto facile ad applicare.

Nel lato destro del contorno cardiaco normale due curve sono apprezzabili, la superiore è prodotta dalla v. cava superiore, l'inferiore dalla orecchietta destra. Nel lato sinistro invece sono quattro le curve apprezzabili, che dall'alto in basso sono la prima dell'arco discendente dell'aorta, che è abbastanza «bombé» sotto la clavicola, la seconda dell'arteria polmonare, la terza che spesso manca (onde in tal caso le curve a sinistra del contorno cardiaco sarebbero tre) è dell'orecchietta sinistra, la quarta, maggiore fra tutte, è del ventricolo sinistro.

In occasione di malattia cardiaca si osservano cambiamenti nell'area totale del cuore e nelle curve dianzi descritte. Però tali cambiamenti appartengono ad un periodo avanzato della malattia, quando, per effetto della lesa funzione, si sono stabiliti ingrossamenti e dilatazioni di compenso nell'una o nell'altra sezione del cuore. In questi cambiamenti occorre tener conto di alcune misurazioni. Se noi tiriamo una linea perpendicolare lungo la linea mediana dello sterno, essa divide esattamente l'ombra cardio-vascolare in senso longitudinale; da questa linea facciamo partire un'altra in senso orizzontale, che arriva alla parte più sporgente dell'ombra, a destra, è il diametro destro del cuore, che chiameremo M R; ancora dalla linea perpendicolare facciamo partire un'altra linea in senso orizzontale, che arrivi alla parte più sporgente dell'ombra, a sinistra, è il diametro sinistro del cuore, che chiameremo M L. La somma di M R + M L dà il diametro trasverso totale del cuore. In condizioni normali il rapporto fra M R e M L è come 1 : 2.

Nelle varie cardiopatie anche questi diametri e i loro rapporti si modificano e sono valutabili.

Stenosi aortica. — Nei primi stadi non mostra alcun segno radiografico. Negli stadî ulteriori il diametro trasverso totale del cuore è aumentato, M L è aumentato, la distanza, sulla perpendicolare mediana, fra M R e M L è diminuita. Negli ultimi stadî si notano aggiunti i segni, che indicheremo a proposito dell'insufficienza mitralica.

Insufficienza aortica. — L'ipertrofia del ventricolo sinistro determina, sul radiogramma, l'accentuazione della maggiore curva di sinistra, l'aumento del diametro trasverso totale del cuore, l'aumento di M L, la distanza fra M R e M L è diminuita, permane la curva superiore destra che però non è attribuibile alla v. cava superiore, ma all'aorta ascendente, le altre curve sono appena modificate. Il cuore assume una posizione trasversa. Negli ultimi stadî, quando disturbi di compenso hanno luogo, si notano cambiamenti delle curve dovuti alla dilatazione delle altre cavità cardiache.

Stenosi mitralica. — Il fluire del sangue dall'orecchietta sinistra nel ventricolo sinistro è ostacolato, e l'orecchietta, che ha parete muscolare relativamente debole, col sovraccaricarsi si distende. In tal caso la piccolissima curva normale dell'orecchietta sinistra si sviluppa molto, dando origine ad una gibbosità prominente. Non vi sono altre modifiche al radiogramma fisiologico.

Insufficienza mitralica. — Gli effetti sono molto simili a quelli prodotti, allorquando il

ventricolo sinistro, chiamato a maggior lavoro, s'ipertrofizza. Al radiogramma si nota il contorno del cuore in totalità disteso; M L è aumentato, e la distanza perpendicolare tra M R e M L è in genere accresciuta.

Cuore a goccia. — Il contorno del cuore è più ristretto del normale, le diverse curve sono mantenute, la posizione però è più bassa nel campo del torace, generalmente parlando. M R ed M L tendono ad uguagliarsi, e la loro distanza perpendicolare tende a scomparire. Il cuore a goccia si trova spesso in persone che hanno l'habitus del tisico.

Pericardite. — *a*) secca o fibrinosa. Il radiogramma è negativo. Però, se l'essudato, con l'aumentar di volume, forma delle vegetazioni note col nome di cor villosum, si vedono queste masse di opacità sovrapposte al contorno cardiaco;

b) essudativa. Come il liquido sierofibrinoso, emorragico, o purulento si accumula nel sacco pericardico, esso gravita verso la parte bassa del sacco, se la posizione del tronco è eretta. Se aumenta ancora, il sacco pericardiale si distende a forma di pera. In tal caso l'ombra cardiaca normale viene sostituita da una opacità che ha la forma di una pera, la quale, inoltre, ha la caratteristica di essere di una relativamente eguale distribuzione da ciascun lato della linea mediosternale. Ciò naturalmente si osserva in casi avanzati nel decorso. L'idropericardio e l'emopericardio radiograficamente non sono differenziabili dalla pericardite.

Aneurismi. — Per essi si pratica l'osservazione in due posizioni: la dorsoventrale e la obliqua destra. Schematicamente si può affermare che l'Aorta nella posizione dorsoventrale può essere vista quale una curva, la più alta, a destra dello sterno, al di sopra della curva della v. cava superiore: è l'arco ascendente. L'arco discendente raramente deborda dal margine sinistro dello sterno. Nell'osservazione obliqua l'ombra aortica sembra un cilindro di diametro uniforme subito dietro l'osso sternale. L'aorta può tumefarsi in maniera diffusa — in tal caso si accentua sia la curva a destra dello sterno, sia la curva a sinistra, e il cilindro retrosternale si distende — o fusiforme, nel quale caso si nota un allargamento della curva a sinistra solamente dello sterno, mentre il cilindro retrosternale viene sostituito da un'ombra a clava con base in alto — o sacciforme — nel qual caso, poichè la sede della lesione di solito è nell'aorta trasversa, parete inferiore, e dietro l'ombra sternale, il radiogramma è muto.

La pulsazione sarebbe, quando venisse percepita chiaramente, un ottimo segno radioscopico differenziale degli aneurismi rispetto ad altre tumefazioni mediastiniche. Ma pur troppo non sempre gli aneurismi pulsano in maniera evidente, e talvolta movimenti ondulatorii lievi possono verificarsi in altre tumefazioni mediastiniche.

Tra l'aneurisma dell'aorta ascendente e la dilatazione dell'aorta ascendente concomitante ad aortite specifica, qualche volta esistono segni differenziali anche sul radiogramma: nel primo caso si può trovare un rigonfiamento dell'aorta ascendente sovrapposta alla curva della vena cava superiore, nel secondo caso la curva della vena cava superiore è mascherata e sostituita da una curva più grande, a larga base, che è l'aorta ipertrofica e dilatata.

Arterosclerosi. — In genere i raggi Röntgen non mettono in evidenza l'infiltrazione calcarea delle arterie, a meno che essa non sia molto intensa qua e là per il corpo. Immediatamente dopo l'iniezione di Salvarsan nella vena Mediana Basilica, se un braccio viene esposto alla radioscopia si osserverà spesso sullo schermo nettamente il decorso della vena. Sebbene ora ciò non abbia gran valore, è bene tener presente il fatto per possibili applicazioni future.

N. GENTILE.

MEDICINA.

Febbre cerebro-spinale epidemica ed empiema sfenoidale.

(D. EMBLETON. *Brit. Med. Journ.*, 3 genn. 1920).

Il decorso clinico della febbre cerebro-spinale presenta 4 varietà: o come malattia acuta, che termina nella guarigione o nella morte; o come una recidiva, dopo un considerevole miglioramento dello stadio acuto, che avviene dal 5° al 12° giorno; ovvero dopo la convalescenza dello stadio acuto persiste una tendenza al malessere, cefalea e vomito, sintomi che si accentuano sempre più, mentre il paziente deperisce e la morte avviene per idrocefalo; infine dopo una completa guarigione dell'attacco preliminare, alcuni mesi più tardi, si può avere una ricaduta che può essere fatale.

L'A. porta il contributo di 34 casi seguiti da autopsia. Di essi solo 11 morirono nella prima settimana di malattia; 21 appartenevano al 1° tipo, 6 al 2°, 7 al 3°; e in 32 sopra i 34 casi fu trovato un empiema del seno sfenoidale, cioè una cavità ripiena di pus, tappezzata da una mucosa congesta. Nel pus preso dal seno sfenoidale furono dimostrati meningococchi sierologicamente in 8 casi; col-

tivati, ma non saggiati con prove sierologiche, in 2 casi; visti, ma non coltivati in 10 casi; nè visti nè coltivati in 12 casi.

L'associazione di un'infiammazione del seno sfenoidale con la febbre cerebro-spinale fu segnalata per primo da Westenhoeffer, che la trovò solo in un terzo delle sue 29 autopsie. Altri autori ne hanno riferito, ma senza considerarla come causa della malattia, o perchè non ne constatarono la costanza, o perchè mancava la presenza del meningococco. Rispetto a quest'ultima condizione sono stati recentemente introdotti molti miglioramenti sui metodi di cultura del germe: ma, nonostante ciò, abbiamo visto che esso non fu riscontrato in 12 dei casi dell'A. Tale fatto è probabilmente da attribuirsi alla lunghezza del tempo trascorso fra la morte e l'autopsia, o anche al raffreddamento sofferto dalle piastre che venivano trasportate al laboratorio eventualmente distante, e in una stagione fredda. (E la maggior parte delle morti avviene durante l'inverno).

Quali rapporti possono correre tra un empiema del seno sfenoidale e la febbre cerebro-spinale? Il punto d'ingresso del meningococco è indubbiamente il naso-faringe; dove esso è stato dimostrato nel primo periodo dello stadio acuto, nel periodo d'incubazione, in portatori che non hanno mai sviluppato sintomi meningei, in pelmoniti meningococciche, ecc. L'infezione si propaga da persona a persona, come un comune raffreddore, da naso a naso. È notevole la relativa rarità della malattia rispetto al grande numero di portatori: è probabile che l'intera popolazione inglese durante gli ultimi cinque anni sia passata per lo stadio di portatrice.

Prelevando il materiale dal naso-faringe per ricercare i portatori, i meningococchi furono trovati sempre in soggetti che soffrivano di tosse o di raffreddore: ciò fa pensare che il raffreddore sia in qualche caso dovuto al meningococco; comunque è certo che questo può dare origine a un catarro nasale. Sembra dunque probabile che questa sia la malattia naturale prodotta dal microrganismo, e solo quando *qualche altro fattore* entra in giuoco ne risulta la meningite o la setticemia. Quest'altro fattore non sembra consistere in un esaltamento della virulenza del meningococco: qualche epidemia può essere stata prodotta da un meningococco particolarmente virulento di un tipo sierologico, ma ciò non è affatto una condizione necessaria, e di solito, nei casi appartenenti a una stessa epidemia furono riscontrati 2 o 3 tipi sierologici di meningococco.

La frequente concomitanza di un empiema prima del seno sfenoidale suggerisce che questo possa essere il fattore determinante per lo stabilirsi della forma meningitica. L'empiema può essere il risultato di una reazione infiammatoria al meningococco da parte della mucosa che tappezza gli ostî. Il fatto che il meningococco fu spesso isolato in cultura pure dal seno fa pensare che per la chiusura infiammatoria degli ostî non è necessaria un'infezione mista, sebbene occasionalmente furono trovati anche streptococchi e stafilococchi. Quindi un empiema sfenoidale può essere prodotto da un'infezione meningococcica della mucosa nasale di un individuo la cui resistenza al meningococco sia stata tale che l'infezione risultò in una vigorosa reazione infiammatoria. Peculiarità anatomiche o patologiche di questa regione possono anche favorire la produzione di un empiema.

Sembrerebbe da ciò che, se si pratica un trattamento energico e prococe con siero e se l'empiema sfenoidale scompare, debba con probabilità seguire la guarigione. Se, al contrario, l'empiema persiste, se anche la malattia acuta guarisce, seguirà una ricaduta o la trasformazione in idrocefalo.

Tre casi in cui, nonostante il drenaggio del seno sfenoidale durante lo stadio acuto, si ebbe la morte, hanno sconsigliato da ulteriori tentativi d'intervento in questo senso.

L'ultimo punto da considerare è il seguente: come i meningococchi passano dalla mucosa nasale alle meningi?

Vi sono molte vie possibili: 1) i prolungamenti dell'aracnoide attorno ai nervi olfattivi; 2) i linfatici perineurali; 3) la propagazione infiammatoria diretta; 4) la pituitaria; 5) i linfatici sistemici; 6) la corrente sanguigna; 7) l'orecchio medio. Sembra improbabile la prima e la seconda strada; le maggiori probabilità stanno per la terza e la quinta; è possibile anche una propagazione per via sanguigna.

Che esista una stretta relazione fra empiema del seno sfenoidale e idrocefalo, che si sviluppa dopo un attacco di cerebro-spinale, viene suggerito da molti fatti. L'idrocefalo risulta da un'infezione cronica attorno ai forami di Luschka e Magendie e intraventricolare. Il modo esatto col quale i meningococchi dall'empiema sfenoidale raggiungono l'interno dei ventricoli non è chiaro, a meno che non si tratti della corrente sanguigna.

***

Riassumendo: La successione dei fenomeni dopo l'infezione della mucosa nasale da parte del meningococco sembra essere la seguente:

1° Un semplice catarro seguito da guarigione o da infezione cronica;

2° Una forte reazione locale nella mucosa nasale seguita da empiema sfenoidale; questo può produrre un'infezione generale del sangue con o senza infezione delle miningi.

Se l'empiema sfenoidale scompare, l'organismo, con o senza l'aiuto di antisiero, può aver ragione dei meningococchi; ovvero può seguire la morte. Se l'empiema sfenoidale persiste e si hanno grosse scariche di meningococchi nell'organismo, risulterà probabilmente la morte. Se, d'altro lato, l'empiema rimane latente, può aversi miglioramento, ma a un dato momento può sopravvenire una recrudescenza o una recidiva; ovvero stabilirsi un'infezione cronica che porterà all'idrocefalo.

L'operazione nell'empiema sfenoidale produsse sempre un'accentuazione dei sintomi generali. Nello stadio acuto quest'accentuazione sembrò accelerare in ogni caso la terminazione fatale. Nell'idrocefalo si ebbe la guarigione in 3 casi, sebbene in uno dopo una grave ricaduta.

SEBASTIANI.

CHIRURGIA.

Diverticolo da trazione del duodeno diagnosticato e asportato operativamente.

(A. HOFMANN e F. KAUFFMANN. *Centralblatt f. Chir.*, n. 19, 14 maggio 1921).

Una donna di 36 anni sofferente da 10 anni di stomaco, di disturbi cioè presentantisi ogni 2-3 mesi, localizzati all'epigastrio che indipendenti dai pasti ma piuttosto dagli sforzi muscolari si diffondevano sotto l'arcata costale destra e talora alla spalla destra. Non vomito, nè ittero: solo qualche volta nausea. Improvvisamente dolori forti all'epigastrio, nausea, vomito biliare. Il giorno dopo brivido, febbre a 41°.3, poi sudori e caduta della temperatura. Al 7° giorno persistendo ancora i dolori, le urine si fecero oscure, le feci rimasero colorate, ricomparve brivido. Il giorno seguente ricovero in Clinica. L'esame obbiettivo rivelò i seguenti caratteri positivi: Polso 102: temp. 36°.3. Erpete labiale; difesa all'epigastrio; fegato leggermente debordante; punto cistico non dolente. Nelle urine presenza di sarse quantità di urobilina e di qualche cilindro jalino. Leucociti 11200. La radioscopia dimostrò in corrispondenza del margine esterno del punto intermedio tra parte discendente e orizzontale inf. del duodeno la presenza di un diverticolo della grandezza di una noce con strato intermedio e bolla d'aria evidenti in rapporto apparente col duodeno stesso. La pressione in quel punto non riusciva dolorosa mentre che lo era invece sulla linea mediana sull'epigastrio. La malata 11 giorni dopo l'inizio dei disturbi fu affidata al chirurgo colla diagnosi incerta tra colecistite di antica data con diverticolo da trazione del duodeno o (meno probabilmente) ulcera duodenale perforata.

L'atto operativo dimostrò: fegato edematoso: cistifellea retratta con lasse aderenze col colon trasverso, e col duodeno il quale è attratto verso di essa. Non fu possibile constatare se esistesse una fistola bimucosa o una semplice aderenza tra i due organi. Calcolosi cospicua del coledoco. Toilette del coledoco e drenaggio.

Gli attacchi dolorosi sofferti dalla paziente nel passato erano da ascriversi alla colecistite. L'assenza di una zona dolorosa nel senso di Head dimostrava che la malattia della cistifellea doveva essere passata in seconda linea. Infatti la operazione confermò questo modo di vedere. Il dolore alla pressione sull'epigastrio indirizzava verso la probabile presenza di aderenze pericolecistiche, mentre che l'assenza di dati anamnestici, la localizzazione del diverticolo e l'assenza del dolore in quel punto parlavano contro la probabilità di un'ulcera duodenale perforata. La dolorabilità dell'epigastrio doveva essere riferita alla distensione del coledoco.

Mentre che la presenza di diverticoli del duodeno era già da tempo nota, non è riportato nella letteratura alcun caso di diverticolo duodenale diagnosticato radioscopicamente e confermato all'atto operativo. Solo Forssell e Key descrissero un falso diverticolo duodenale costituito cioè da una estroflessione senza partecipazione della muscolare. Non si può dare finora un'unica spiegazione nè per i diverticoli veri che per quelli falsi. Ad ogni modo bisogna sempre tener presente e distinguere allo schermo i diverticoli dalle macchie persistenti e date da nicchie (gli AA. tuttavia non descrivono i caratteri differenziali) da ulcere duodenali perforate nel fegato e cistifellea.

Sono state descritte le deformazioni del duodeno dopo gli interventi sulla cistifellea. Il piloro e il duodeno sono destroposti, il bulbo duodenale si disegna male e assume la forma ad imbuto. Rohde trovò inoltre in 8 casi su 74 delle macchie persistenti dovute probabilmente ad aderenze e retrazioni post-operatorie e non — come ammette lo stesso Rohde, che esaminò i malati solo dopo l'operazione — al processo flogistico preesistente.

mgz.

OTORINO-LARINGOIATRIA.

Le affezioni vasali del labirinto e il loro rapporto con la sindrone di Ménière.

(KOBRAK. *Berl. Klin. Wochenschrift*, anno LVII, n. 8).

L'affezione vasale labirintica più nota è l'emorragia, che offre il substrato anatomico a quella sindrome morbosa ben definita nella sua forma classica gravissima col nome di vertigine di Ménière. Gli svariati rapporti con altre forme più leggere rendono peraltro necessaria una nuova definizione, la quale naturalmente allarga talmente la sindrome del Ménière primitiva, da creare un nuovo « complesso sintomatico auricolare ».

Mentre da un lato è deplorevole che il morbo di Ménière sembri scomparire come entità morbosa a sè da numerosi trattati otoiatrici, diventa d'altro canto insostenibile l'affermazione originaria, che pure nei casi leggeri la base anatomo-patologica sia data da un'emorragia.

In ogni affezione vasale del labirinto vanno presi in considerazione quali elementi diagnostico-differenziali processi locali anemici, iperemici, emorragici ed infettivo-metastatici. Le anemie possono esser causate da embolie blande od infettive, da trombosi, endarteriti, vasocostrizioni, le emorragie — i « veri » casi di Ménière — anche da leucemie con permeabilità anormale delle pareti vasali.

Il sistema vasale labirintico s'è dimostrato negli esperimenti e nello stato di funzione sia normale, che di stimolazione morbosa — le angiopatie — come un organo di straordinaria sensibilità e labilità.

Nella diagnosi differenziale l'otologo rivolge la sua attenzione in prima linea ai processi purulenti della cavità labirintica, le alterazioni atrofiche dell'organo terminale, la degenerazione delle cellule gangliari, mentre trascura una quantità di affezioni di indole più o meno grave, caratterizzate da alterazioni più o meno grossolane del sistema vasale. L'angiopatia, come tale, viene facilmente riconosciuta in individui ad orecchio sano. Nei processi flogistici cronici del labirinto però non bisogna interpretare ogni peggioramento che insorge nel loro decorso come fenomeno angiopatico; questo si manifesta generalmente con vertigine considerevole e ronzio fortissimo ad inizio improvviso e decorso rapidissimo. La distinzione tra crisi vasale e riacutizzazione dell'antico processo organico è di somma importanza pratica per l'eventuale indicazione ad un intervento chirurgico. Questa differenziazione, possibile soltanto dopo un accurato esame specialistico diventa spesso superflua e spesso impossibile, poichè alterazioni vasali, come tengono dietro ad ogni processo flogistico cronico simulano frequentemente delle crisi angiopatiche. In questi ultimi casi bisognerebbe parlare piuttosto di sindrome angiopatica.

La relativa frequenza dell'angiopatia viene confermata dai suoi sintomi caratteristici; ronzio più vertigine devono sempre far sospettare l'eziologia nervosa, cioè la localizzazione labirintica d'un'affezione generale. Ma mentre gli otoiatri pensano solo di rado al morbo di Ménière, esso viene diagnosticato con tanta più facilità dai nevrologhi, che lo fanno diventare la causa di ogni ronzio e vertigine « nervosa ».

I sintomi fissati in origine dal Ménière riguardavano: 1) il labirinto, ed erano 2) contraddistinti dal carattere violento ed accessuale. Non è permesso dunque, come generalmente si usa, scambiare la sindrome labirintica con quella del Ménière.

L'angiopatia labirintica per sè stessa può essere:

1° Vasomotoria:
- *a*) ipertonica;
- *b*) ipotonica.

2° Nevrotonica:
- *a*) anemica costrittiva (frequente);
- *b*) iperemica dilatante (rara).

1 e 2 sono spesso combinati.

3° Stenosante (arteriosclerotica, sifilitica, ecc.).

4° obliterante:
- *a*) trombotica;
- *b*) embolica.

5° Emorragica « Ménière ».

Per ciò che riguarda i sintomi clinici, l'angiopatia vasomotoria è caratterizzata da ronzio di varia intensità e vertigini più o meno persistenti. Il decorso cronico viene talvolta interrotto da accessi non tipici.

Sintomi permanenti da parte dell'ottavo sono rari se privi di substrato anatomico. Generalmente gli accessi sono emicraniformi, di rado epilettiformi, senza voler ammettere con ciò un'evidente equivalente labirintica dell'epilepsia, negata pure da Frankl-Hochwart, ma osservata in un caso dall'autore stesso.

Affezioni labirintiche su base circolatoria vengono spesso non diagnosticate, perchè il lieve ronzio — di rado l'ammalato si lagna spontaneamente di vertigini — passa generalmente sotto il nome di anemia.

Si può parlare di « emicrania labirintica » quando il quadro sintomatico somiglia ad una emicrania localizzata al labirinto; essa viene osservata spesso in individui che soffrono di emicrania comune, o di turbe circolatorie ge-

nerali (cuore!) o affetti di labe emicranica od epilettica.

Molto più intensi sono i disturbi soggettivi nelle angiopatie stenosanti, obliteranti ed emorragiche. Il Ménière κατ'ἐξοχὴν, la forma più violenta e tutt'altro che frequente delle angiopatie labirintiche, è l'accesso accompagnato da breve perdita di coscienza (che può pure mancare) e da paralisi completa del labirinto o per lo meno diminuzione cospicua dell'udito; è preceduto da ronzio e lieve sensazione di vertigine. Nei casi tipici si può parlare di emiplegia labirintica eventualmente labirintoplegia. Essendo generalmente nota al medico pratico soltanto questa forma più grave, non vengono riconosciuti gradi più leggeri, che sono molto frequenti. Lipotimie e vertigini d'origine non chiara, specie se ronzio e vertigine persistono anche dopo l'accesso, dovrebbero sempre richiamare l'attenzione sul labirinto, di cui non dovrebbe mai venir trascurato l'esatto esame funzionale; il reperto, già breve tempo dopo l'attacco, può esser minimo per diventare negativo dopo qualche mese, dimostrando così la sua specificità. Patognostica per l'affezione labirintica è la diminuzione dell'udito per la tonalità alta e il raccorciamento della durata di percezione per conduzione ossea. Un'esatta diagnosi differenziale che oltre all'anamnesi accurata prenderà in considerazione tutti i metodi clinici di ricerca moderni (pressione sanguigna, esame sero- e citologico del sangue) oltre ai soliti metodi d'esame ben noti, fornirà pure dei dati terapeutici differenziati. L'ipertonico, il vasonevrotico, l'arteriosclerotico e il sifilitico richiederanno ciascuno un trattamento specifico. Nelle frequenti forme vasocostrittorie si riesce spesso a troncare prontamente l'accesso con 1-2 goccie di nitrito d'amile. In questi ultimi tempi venne raccomandato caldamente il chinino (5-20 cg. *pro die*) che a dosi refratte eserciterebbe un'azione secondaria paralizzante anzi che vasocostrittrice.

Di monografie recenti sulla sindrome di Ménière vanno menzionate quelle di Heermann, Frankl-Hochwart, e in ispecie il relativo capitolo nel trattato di nevropatologia dell'Oppenheim. L'interpretazione dello Heermann, di considerare il Ménière come espressione d'uno stimolo o d'un'influenza dannosa che colpisce primariamente gli elementi nervosi periferici o centrali dell'organo uditivo, è troppo generalizzata; va forse corretta nel senso di deposizione centrale di stimoli periferici, come furono descritti nelle ricerche su nistagmo sperimentale. Frankl-Hochwart propone la seguente suddivisione:

1° A orecchio integro:
 α) forma apoplettiforme del Ménière;
 β) consecutiva a traumi.

2° Quale conseguenza di affezioni acute o croniche dell'orecchio.

3° Ménière insorto dopo influenze esterne (tabe, affezioni dei nervi cerebrali).

4° Pseudo-Ménière α ne l'isterismo, β epilessia, γ emicrania, non facendo alcuna distinzione tra il morbo di Ménière e la cosidetta sindrome labirintica. L'Oppenheim fa già rilevare l'importanza dei fenomeni vasali caratteristici, ma vi raggruppa peraltro delle forme che non hanno niente a che vedere col Ménière dal punto di vista otologico. Crisi vasali furono del resto già menzionate molti anni addietro da Ladreit de Lacharrière e da lui interpretati come stimoli del simpatico con consecutiva paralisi vasomotoria del labirinto.

Dettagliate richerche ulteriori dovranno convalidare l'entità morbosa delle angiopatie labirintiche, talmente uniformi e caratteristiche nei loro elementi e nel decorso da meritarsi un posto speciale in clinica e patologia.

m. p.

MEDICINA SOCIALE.

Ricerche sperimentali sul lavoro e sulla fatica nello stato puerperale.

PERICLE dott. CARLINI. *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* 1920, dicembre).

Il dott. Carlini in queste interessanti ricerche sperimentali sul lavoro utile esterno, sulla forza muscolare, sulla resistenza alla fatica e sul lavoro mentale della donna nello stato puerperale porta un notevole ed originale contributo allo studio del lavoro e delle fatiche nello stato puerperale.

L'autore applicò i metodi di Pieraccini e Maffei, riunì in tabelle i dati raccolti sul lavoro utile esterno nello stato puerperale e sul lavoro orarico al nono mese di gravidanza ed al terzo di puerperio, ricavandone le relative curve. La forza muscolare fu studiata a mezzo del dinamometro e la resistenza alla fatica a mezzo dell'ergografo di Mosso. Le esperienze furono fatte sopra ventisei donne ripetutamente a varie epoche di gravidanza ed i dati raccolti in due tabelle, da cui poi furono ricavate le curve della forza e della resistenza alla fatica nello stato puerperale. Il lavoro mentale infine fu studiato col metodo addizionale di Kräpelin e con quello della lettura

delle parole incomplete di De-Sanctis: i dati raccolti non furono però conclusivi.

Da tutte queste ricerche sperimentali l'Autore dedusse alcune leggi importanti e cioè che la capacità al lavoro della donna incinta a cominciare dal sesto mese va diminuendo in progressione quasi geometrica col progredire della gravidanza fino al parto, dopo il quale va aumentando raggiungendo verso la fine del terzo mese di puerperio i limiti normali, che le leggi stabilite nel lavoro esterno da Pieraccini e da Maffei non si verificano al nono mese di gravidanza mentre in generale sono seguite al terzo mese di puerperio; che la forza muscolare e la resistenza alla fatica nella donna diminuiscono nello stato puerperale, raggiungendo limiti bassissimi all'ottavo e nono mese di gravidanza ed al primo di puerperio; che nello stato puerperale col progredire della gravidanza la forza va diminuendo in progressione all'incirca aritmetica, mentre la resistenza va diminuendo in progressione all'incirca geometrica; che nello stato puerperale e specialmente negli ultimi due mesi e nel primo di puerperio la donna si trova in uno stato grave di affaticamento. Tutte queste leggi concordemente portano alla conclusione che la donna nello stato puerperale, e specialmente all'ottavo e nono mese di gravidanza e al primo di puerperio, trovasi in uno stato di debolezza, di minor capacità al lavoro, di minore resistenza alla fatica tali che non le permettono, senza la probabilità di cadere nello strapazzo, di accudire a lavori gravosi. Tali conclusioni, ottenute col metodo deduttivo, sono conformate dal metodo induttivo, poichè il lavoro è in diretto rapporto col metabolismo organico e nell'organismo della donna gravida esistono profonde modificazioni biochimiche e meccanico riflesse.

A. S.

CENNI BIBLIOGRAFICI

CIMMINO R. *Compendio di igiene.* II edizione. In-8, di pag. 817 con 86 fig. V. Idelson. — Napoli, 1921. — Prezzo, L. 60.

Dopo una breve introduzione sulla legislazione sanitaria nostra e sull'ordinamento di quella degli Stati esteri, l'A. passa a considerare la biologia dei microrganismi ed espone poi tutti i diversi capitoli dell'igiene: terreno, vestiti, acqua, alimentazione, malattie infettive, igiene delle città, igiene rurale, ospedali, carceri, ecc. Abbastanza ampia è anche la trattazione dell'igiene dell'infanzia e della scuola e dell'igiene industriale. Per ogni argomento sono date le indicazioni tecniche sulle ricerche chimiche, fisiche, biologiche, da eseguirsi, e vengono fatti i riferimenti alle disposizioni legislative, o riportati i relativi articoli.

Il compendio è utile per ognuno che si occupi di questi interessanti problemi.

fil.

AUSTEN E. E.: *The House-fly.* British Museum (Natural History). Economic series N. 1ª di 52 pag. con 11 figure. — Londra, 1920. — Prezzo scellini 1/6.

Il lavoro tratta anzitutto dei caratteri zoologici della mosca comune, delle sue differenze con altre mosche, della sua biologia. Succinta ma chiara è la descrizione dei rapporti di questi insetti con malattie, delle quali possono essere veicolo.

L'ultima parte è dedicata alle misure preventive, di cui accenneremo l'ammucchiamento del concime (si sviluppa elevata temperatura, che uccide le larve), l'aspersione con borace dei residui (ottenendosi così l'uccisione delle uova e delle larve), l'incinerazione dei residui stessi, la distruzione dell'insetto alato, mediante trappole, o sostanze venefiche. Molto nitide le illustrazioni ed eminentemente pratico il testo.

A. F.

CASSA NAZIONALE D'ASSICURAZIONE PER GL'INFORTUNI SUL LAVORO. *Schema di Statistica degli Infortuni sul Lavoro.* 1 vol. in-8 gr. di pagine VIII-223. — Roma, Stabilim. Tipografico Riccardo Garroni, 1921.

La legislazione sociale dovrebbe poggiare su dati statistici sicuri, dettagliati, i quali consentano previsioni attendibili, tratte con i metodi attuariali. Opportunamente perciò la Cassa Nazionale Infortuni, col sussidio di studiosi competenti nella statistica, nelle assicurazioni e nella medicina legale, ha preordinato il

presente Schema, in cui trova posto sistematicamente coordinata l'attività dei vari servizi tecnico-amministrativi dell'assicurazione infortuni, come in un casellario.

Esso risponde a tutte le esigenze della scienza e della pratica. Se pure un'obbiezione può muoversi allo schema, è la sua soverchia perfezione; tener conto di tutti gli elementi assoggettabili ad osservazione, senza una gradazione, nè una discriminazione, può importare un lavoro eccessivo, a scapito dell'esattezza.

Nell'insieme, però, si tratta di un contributo importantissimo, che desta la nostra ammirazione e che torna ad onore del direttore generale, Bargoni, il quale lo ha ideato e predisposto.

L. V.

A. PIPERNO: *Salute, Letture d'igiene ad uso delle scuole e delle famiglie.* Un volume in-16 di pag. XII-221, con 31 figure. — Roma, Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, 1921. Edizione di Propaganda.

Questo eccellente lavoro di propaganda, concepito in uno spirito eminentemente pratico, contiene nozioni semplici e bene scelte ed è scritto in modo interessante, lucido e gradevole, tanto che reca un vero piacere il leggerlo.

Educa il buon senso e dà consigli sicuri. È constellato di poesie, di aneddoti, di sentenze, di cui ciascuna ha il suo valore. Senza esitazioni può affermarsi che avrà un meraviglioso valore educativo; lo vorremmo, solo, un po' meno scolastico.

È riesumato dall'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, per iniziativa del prof. Ettore Levi, il quale ubbidisce all'idea direttiva che il rinnovamento sanitario e probabilmente anche quello economico e quello politico generale dell'Italia risiedono nella propaganda igienica.

L. V.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Sulla presenza di spirochete nell'encefalo dei paralitici.

E. BRAVETTA. — L'O. presenta preparati microscopici, ottenuti coi metodi di Jahnel, e diagnosi positive microfotografiche, le quali dimostrano la presenza del treponema pallido nell'encefalo di paralitici progressivi deceduti nel Manicomio di Mombello. Ne descrive la varia morfologia, tentando di interpretarne il significato biologico.

La pleuro-pneumolisi extrapleurica nella cura della tubercolosi polmonare monolaterale.

E. MORELLI. — L'O. accenna a tre casi di tubercolosi polmonare gravissima curata con la demolizione costale così vasta da permettere il completo collasso del polmone.

L'O. accenna a un altro caso di bronchiectasia grave, con alito fetido, vomiche abbondanti e broncopolmoniti recidivanti.

Sul ricambio emoglobinico nella tubercolosi.

C. GALASSI e L. CONTI. — Hanno constatato aumento della quantità complessiva di bilinogeno, più costante ed intenso nei malati più gravi. Talora si notano discordanze quantitative fra il bilinogeno emesso colle feci e quello emesso colle urine; onde la necessità di un suo dosaggio contemporaneo nelle feci e nelle urine.

L'aumento di bilinogeno tradisce un'aumentata distruzione di emoglobina, la quale a sua volta agisce come stimolo per la sua riproduzione globulare. Così automaticamente si tende all'equilibrio globulare ed emoglobinico, che nella massima parte dei tubercolosi esaminati è relativamente poco abbassato dalla norma. I globuli neoformati giungono però in circolo giovani e poveri di emoglobina. Infatti sono in aumento le emazie a reazione granulo-filamentosa e il valore globulare è in genere più basso. Anche la resistenza globulare è diminuita.

In nessun caso si sono riscontrati globuli rossi della serie embrionale; il che significa che lo stimolo alla eritropoiesi si mantiene normale per qualità, per quanto abnorme per intensità.

In molti casi con quadro ematologico a tipo clorotico l'aumento di bilinogeno concomitante serve a differenziare dalla clorosi vera questa anemia tubercolare.

Ricerche opsoniche e batteriotropiche nei tubercolosi.

L. CONTI e C. GALASSI. — Dalle ricerche degli OO. risulta che l'attività opsonica, molto scarsa nei sani e nei malati di tubercolosi polmonare in condizioni discrete o buone, si eleva sensibilmente nelle forme sierose in via di versamento, raggiunge un grado più elevato nelle forme polmonari a rapido sviluppo e un grado elevatissimo nelle forme sclerose in via di riassorbimento degli essudati.

L'attività batteriotropica invece è nulla o de-

bole nei sieri di soggetti sani e nei tubercolosi polmonari in condizioni gravi, spiccata nei tubercolosi polmonari in condizioni discrete, spiccatissima nelle forme polmonari a tipo sclerosante con condizioni generali ottime.

Per conoscere se tali discordanze nel comportamento della attività opsonica e batteriotropica fossero riferibili alla inattivazione e alle diluizioni dei sieri, gli OO. hanno proceduto a due serie di esperienze, diluendo in progressioni parallele 16 sieri inattivati e non inattivati. Coi sieri inattivati hanno riscontrato minore attività, ma non inversione di rapporti, la quale deve quindi dipendere da altri fattori; hanno inoltre ricercato il valore della fagocitosi con opportune sostituzioni dei leucociti e dei sieri usati.

A. GASBARRINI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta ordinaria del 31 luglio 1921.

Presidente: Prof. G. MIRANDA.

Principali elementi di demografia sanitaria napoletana nel periodo 1875-1920.

BOTTI dott. ALBERTO. — L'O. presenta otto tavole sinottiche e altrettanti diagrammi, riguardanti l'andamento, nel periodo 1875-1920, dei seguenti fenomeni statistici: popolazione, nuzialità, natalità, nati-mortalità, mortalità generale, mortalità infantile, mortalità per tubercolosi, differenza tra natalità e mortalità.

L'O. osserva che l'andamento del diagramma della popolazione fa presagire un rapido e cospicuo incremento avvenire di questa; che la nuzialità, molto depressa nel periodo di guerra, ha avuto uno scatto considerevolissimo subito dopo; che la natalità presenta una graduale ma sostenuta discesa; che la nati-mortalità è invece in spiacevole incremento; che la mortalità generale presenta una confortante diminuzione, tanto che la straordinaria mortalità del 1918 non raggiunge l'altezza della abituale mortalità del 1875-1880; che la mortalità infantile stenta purtroppo a ridursi in termini accettabili; che la mortalità per tubercolosi, accentuatasi molto negli ultimi anni di guerra, decresce rapidamente; che infine la differenza tra natalità e mortalità, rappresentata da numeri negativi soltanto nel 1884, nel 1918 e nel 1919, serba un livello molto elevato.

Deduce che, per migliorare le condizioni demografiche della città di Napoli, occorre sopratutto combattere il sopraffollamento, portando nel contempo la potenzialità dei servizi pubblici a un grado corrispondente all'incremento della popolazione, che tra pochi anni potrà raggiungere, con l'assorbimento di qualcuno tra i Comuni viciniori, la cifra di un milione di abitanti.

Deformità del colon ascendente per la presenza della membrana di Jackson con sindrome appendicolare e di strozzamento - Guarigione.

DE GAETANO prof. LUIGI. — Nella interpretazione patogenetica delle membrane pericoliche di Jackson bisogna nettamente distinguere quelle di origine infiammatoria da quelle di origine congenita. Le membrane pericoliche infiammatorie sono postumi di appendiciti, tifliti, coliti, pericolicistiti e di epiploiti. Esse per lo più fibrose, matte, più o meno spesse, povere di vasi, aderendo intimamente al colon ed ai tessuti circostanti, lo deformano e vi stabiliscono stenosi di posizioni. La loro asportazione è difficoltosa ed, asportate, facilmente si riproducono.

Si addice a queste il termine di *pericolite membranosa di Jackson.*

Le membrane pericoliche congenite sono sottili, velamentose, piuttosto lucide, lasche, vascolarizzate, a volte da somigliare al tessuto aracnoideo degli alcoolisti. Passano al disopra del colon, aderendovi solo lassamente in qualche punto. Per la ristrettezza dello spazio che resta sotto della membrana, il colon o vi resta compresso o deve inginocchiarsi, determinandosi così del pari deformità e stenosi di posizioni di esso. La loro asportazione è piuttosto facile ed, asportate, difficilmente si riproducono. Si addice a queste il termine di *membrana pericolica di Jackson.*

Le membrane pericoliche congenite, a seguito di processi infiammativi infettivi, per lo più cronici, e più frequentemente provenienti dall'intestino, possono infiammarsi ed aversi così delle membrane originariamente congenite, ma che, per la organizzazione dei successivi essudati infiammatori, hanno perduto il loro carattere primitivo congenito e possono essere interpretate come membrane infiammative: sono queste *le forme miste.*

In conseguenza di quanto sopra, per le membrane pericoliche congenite, come trattamento chirurgico può bastare la sola sua asportazione per ottenere una guarigione stabile. Un esempio dimostrativo è il caso clinico da noi comunicato.

Per le membrane pericoliche infiammatorie non sempre solo la loro asportazione può portare a guarigione, che anzi, per lo più riformandosi, la sindrome fenomenica dolorosa si ristabilisce, onde in esse, per conseguire una guarigione stabile, occorrono interventi chirurgici di maggiore importanza: ileo-colon-trasverso-stomia, ileo-sigmoidostomia, ceco-sigmoidostomia, colonectomie.

Ricerche sui feti per l'interpretazione patogenetica della membrana di Jackson.

DE GAETANO prof. LUIGI. — Nelle nostre ricerche sui feti abbiamo spesso, in circa un terzo dei casi, riscontrate delle membrane velamentose anteposte al colon, più o meno larghe, che si riconnettono al ligamento parieto-colico, riscontrato da Jannesco e Juvara ed al ligamento colico destro. Spesso, concomitanti alle membrane pericoliche congenite, abbiamo riscontrate altre deformità a carico dell'intestino, specie dell'ultima porzione dell'ileo, stirato ed in posizione a V — Lane's kink — e dell'appendice, di lunghezza, posizione ed impianto sì vario e capriccioso da spiegar bene le svariatissime sindromi cliniche appendicolari. La membrana pericolica congenita di Jackson, sulla base delle nostre ricerche ed osservazioni, potrebbe essere interpretata come la estremità laterale

della fascia prerenale (in senso anatomico), detta fascia di Toldt, distesa e modificata dallo spostamento e dall'aumento di calibro; formante una piega di passaggio fra il peritoneo parietale e la lamina viscerale del colon. Formazione affine ai ligamenti parieto-colico, colico-renale ed epato-colico.

A. CHISTONI.

Società fra i Cultori di Scienze Mediche e Naturali in Cagliari.

Seduta del 30 aprile 1921.

Sulla rigenerazione delle fibre muscolari striate.

Dott. GUIDO AMATI. — Da esperienze sul coniglio l'O. ha osservato come nelle ferite muscolari si possa avere la completa rigenerazione delle fibre striate e il loro saldamento. Quando la ferita non è molto divaricata, già nei primi giorni dopo l'operazione ha luogo una gemmazione delle vecchie fibre che progredendo nel connettivo interposto vanno avvicinandosi. In un preparato eseguito dieci giorni dopo l'operazione si possono vedere nettamente fibre striate rigenerate traversare completamente il connettivo interposto. In seguito si nota una progressiva diminuzione di questo connettivo cosicchè in un preparato di cinquanta giorni si può vedere un completo saldamento tra fibra e fibra senza che nel punto in cui fu fatto il taglio si veda connettivo cementante.

Quando invece la ferita è molto divaricata si nota una intensa proliferazione di gemme provenienti dalle vecchie fibre che dirigendosi irregolarmente in varie direzioni nel connettivo interposto vanno prendendo inserzione su questo nello stesso modo descritto da Golgi per l'inserzione delle fibre muscolari striate normali sui tendini.

Sui rapporti tra apparato reticolare interno, mitocondri e centrosfera.

G. MASSENTI. — L'O. ha studiato l'apparato reticolare interno e i mitocondri nelle cellule nervose degli anfibi dimostrando che si tratta di due categorie di formazioni le quali anche in siffatti elementi si mantengono nettamente distinte l'una dall'altra. Riguardo ai rapporti fra centrosfera e apparato reticolare, rapporti oggi generalmente ammessi, l'O. ha cercato di studiarli in elementi in cui il centrosoma ha una situazione bene individuabile e ordinariamente alla periferia della cellula. In tali elementi su diversi animali l'O. ha potuto stabilire che non vi ha alcuna corrispondenza topografica fra centrosoma e apparato reticolare interno. Tali reperti, molto più precisi per la stessa conformazione degli elementi cellulari presi in considerazione, si contrappongono a quelli finora messi innanzi per sostenere un intimo rapporto tra le due formazioni.

Sulle sindromi postencefalitiche cosidette letargiche

L. DE LISI. — L'O. presenta alcuni dei 10 casi raccolti durante l'anno nella Clinica neuropatologica, facendo rilevare l'allarmante proporzione fra il numero di questi postumi e quello dei casi di encefalite epidemica che hanno avuto luogo lo scorso anno in tutta la provincia.

In base ad un'analisi della sintomatologia, per la quale egli crede dovere adottare il nome di parkinsonismo postencefalitico e di ravvicinare la sindrome alla *paralysis agitans sine agitatione*, e in base alle odierne conoscenze anatomiche sulle sindromi extrapiramidali dimostra che se prevalgono i disturbi da riferire al *globus pallidus* è forse eccessivo limitare le cause della sindrome alla malattia di una sola formazione.

Tra l'altro ha usato per la cura le iniezioni di cacodilato di sodio, endovenose, ad altissime dosi; ma non conferma i risultati vantati da qualche altro autore.

Sul trapianto del testicolo.

E. SECHI. — L'O. ha studiato l'attecchimento dei diversi elementi del testicolo del coniglio in innesti omoplastici e autoplastici su animali intieri e castrati; egli ha notato che l'attecchimento della sola ghiandola interstiziale descritto dalla maggioranza degli AA. corrisponde ad un reperto non costante, anzi, eccezionale. I trapianti dell'organo decorrono senza alcuna legge. In taluni casi i tubuli seminiferi e le cellule di sertoli specialmente si conservano a lungo senza che vi sia una conservazione della ghiandola interstiziale; in altri casi si ha effettivamente l'attecchimento degli elementi interstiziali i quali possono presentarsi in gran numero e con l'aspetto di cellule attivamente secernenti.

Dott. MARIO ARESU.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'epilessia acidosica.

G. Guillain (*Soc. méd. des hôpitaux*, anno 36, n. 21) riferisce il caso di un soldato, in cui si osservavano crisi caratteristiche di epilessia, con convulsioni, morsicatura della lingua, emissione involontaria di urine; le crisi si ripetevano anche 12 volte in un giorno, dando quasi uno stato di male, mentre negli intervalli la coscienza del malato era obnubilata. Esso presentava emiplegia sinistra, con paralisi completa dell'arto inferiore, incompleta del superiore, non paralisi facciale: riflessi rotulei ed achillei aboliti d'ambo i lati; riflessi dell'arto superiore deboli; non inversione del riflesso plantare cutaneo, reazioni pupillari normali; disturbi della sensibilità probabilmente non esistenti. L'alito aveva odore pronunciato di acetone; le urine riducevano intensamente il Fehling e davano le reazioni dell'acidosi.

In seguito a cura di bicarbonato di sodio (60 g. al giorno) e di bromuro di potassio (5 g. al giorno), le crisi si attenuarono e scomparvero come scomparve l'emiplegia. Rimase la sindrome diabetica: 80-120 g. di zucchero eliminati giornalmente, orine abbondanti (4-7 litri) con le reazioni dell'acidosi, polidipsia (6-9 litri di liquido). L'osservazione è un esempio tipico di crisi convulsive in un diabete subacuto con acetonuria; interessante è la coesistenza dell'emiplegia sinistra, scomparsa con le crisi convulsive ed attribuibile ad una intossicazione transitoria della corteccia.

Sullo stesso argomento M. Labbé (*Ibidem*) riferisce di altri quattro casi di epilessia diabetica. In uno si avevano attacchi ripetuti, che duravano 1-2 minuti, consistenti in torsione della bocca e scosse alla mascella ed al braccio destro; stato di sonnolenza progressivo, morte in coma. In un altro, dopo una diarrea abbondante e crisi di affanno, si ebbe perdita di coscienza con contratture e scosse epilettiformi alla faccia ed agli arti; l'indomani crisi epilettica generale e lieve coma; il giorno dopo, morte. In un terzo, assai denutrito e complicato con acidosi, si ebbero quattro crisi epilettiche due ore prima della morte; in un quarto alle crisi convulsive succedettero crisi di vertigine e di cefalea, che poi scomparvero.

Queste crisi epilettiformi sopravvengono dunque nel corso di un diabete grave complicato con acidosi, e compaiono prima o dopo l'inizio del coma. Non sono in rapporto con la iperglicemia, ma bensì con la intossicazione acida. La loro patogenesi è stata discussa: Blum sostiene che si debbono ad una intossicazione sodica per le iniezioni endovenose di bicarbonato di sodio, ciò che non può essere in tutti i casi. Talvolta si può incriminare l'intossicazione uremica e la diagnosi fra coma uremico e diabetico può essere assai delicata. Anche gli esperimenti non hanno portato alcuna luce al riguardo di questa complicazione piuttosto rara del diabete con acidosi.

fil.

Spasmi jacksoniani ed epilessia essenziale.

Gli spasmi jacksoniani vengono generalmente interpretati come espressione di una malattia definita, a focolaio, nella corteccia motrice; oltre al tumore nella stessa zona motrice può trattarsi di un tumore in altre zone del cervello, di emorragia sottodurale, di meningo-encefalite, di meningite localizzata, di frattura depressa, di ascesso cerebrale, di rammollimento secondario a malattia vascolare, di corpi estranei, di sclerosi multipla, di angioma. Anche altre cause però possono essere invocate, come: condizioni tossiche (diabete, uremia, alcoolismo, ecc.), il tipo mioclonico dell'encefalite epidemica, l'isterismo, l'epilessia riflessa. G. Wilson (*Amer. Journ. of med. Assoc.*, 26 marzo 1921) richiama particolarmente l'attenzione sulla frequenza con cui monospasmi ed emispasmi si osservano nell'epilessia essenziale e riporta diversi casi in cui i pazienti erano stati inutilmente soggetti ad operazioni endocraniche. Si deve quindi tener presente la possibilità che lo spasmo localizzato sia dovuto ad epilessia essenziale e procedere sempre ad un minuto esame anamnestico ed obbiettivo, e non decidersi ad atti operatorî se non vi sono segni definiti e certi di malattia endocranica.

fil.

La cura con il calcio nella epilessia.

La medicazione calcica contro l'epilessia fu iniziata in Italia da Sabatani, poi se ne valsero Roncoroni, Silvestri ed altri, come risultato di investigazioni sull'equilibrio salino umorale. H. J. Rossello (*Anales de la Facul'ad de Medicina de Montevideo*, vol. V, fasc. 9-10) ha studiato l'argomento dal lato clinico e sperimentale e viene alle conclusioni seguenti.

La medicazione calcica nell'epilessia, per rendersi efficace, deve esser fatta con sali solubili e, possibilmente, per via sottocutanea. L'epilessia però va interpretata come una sindrome, espressione di diverse cause e quindi la medicazione calcica potrà essere efficace solo quan-

do nella patogenesi intervenga una perturbazione del metabolismo del calcio, dovuto probabilmente a disturbi endocrini (da paratiroide, ovaie, surreni, poliglandolari).

Esiste una relazione evidente fra questi fatti e quelli già ben conosciuti sull'efficacia della terapia calcica nelle diverse tetanie (infantile, gastrica, sperimentale da asportazione delle paratiroidi), nell'eclampsia, in certe emicranie parossistiche della donna, in casi di delirium tremens, di laringite stridula, di tic convulsivi, ecc. Il dosamento del calcio nel sangue è una ricerca, che dovrebbe entrare nella pratica corrente, specialmente negli epilettici; sembra di fatto che quando il calcio si trova in quantità minori di g. 0.06-0.07 per litro, si produce nel soggetto uno stato di ipereccitabilità nervosa.

Nelle osservazioni dell'A., il calcio è stato somministrato (*per os.* o sottocute), in quantità di g. 1.50 al giorno, sotto forma di cloruro e di bromuro. *fil.*

La diagnosi della paralisi generale.

I sintomi fisici della malattia sono numerosi e svariati e permettono, di solito, una diagnosi abbastanza agevole. Sono tra essi: l'ineguaglianza pupillare, il segno di Argyll-Robertson, l'esagerazione o abolizione dei riflessi rotulei, la disartria, il tremore della lingua e dei muscoli periboccali, la linfocitosi e l'iperalbuminosi del liquido cefalo-rachidiano, il carattere positivo della reazione di Wassermann nel sangue e nel liquor. I segni oculari ed i reperti sul liquor sono i segni più importanti. (R. Benon. *Journ. d. praticiens*, anno 34, n. 43).

La discriminazione diagnostica va fatta con le seguenti malattie:

1° *Pseudoparalisi generale sifilitica.* È una varietà di demenza organica sifilitica, in relazione con meningo-encefalite diffusa, sclerosa o specifica; i sintomi somatici sono gli stessi che nella paralisi generale. L'evoluzione è molto lenta e dura 10-20 anni; il trattamento mercuriale è favorevole ed utile, mentre è inefficace o anche dannoso nella paralisi generale. L'indebolimento intellettuale è parziale, lacunare; il malato può esprimere pensieri e compiere atti, che dimostrano la relativa coscienza che ha del suo stato e delle conseguenze della malattia; mancano invece i disturbi del giudizio e del ragionamento, così profondi del paralitico generale affatto incosciente del suo stato, con piena indifferenza emozionale.

2° *Demenza organica sifilitica propriamente detta*, in relazione con lesioni varie (arterite sifilitica, gomme, encefalite circoscritta, ecc.): la sindrome paralitica somatica è molto meno netta, esistono mono- od emiplegie, rare nella paralisi generale: l'indebolimento mentale è nettamente lacunare, parziale e non globale.

3° *Neurastenia sifilitica.* Esiste all'inizio dell'infezione sifilitica: quella per sifilide nervosa cronica è poco nota e connessa con la seguente.

4° *Neurastenia in un sifilitico cronico.* La diagnosi può essere delicata, quando la sindrome neurastenica, pure svolgendosi indipendentemente dalla sifilide, sia accompagnata dal segno di Argyll-Robertson e da reazioni positiva del liquor. Però, mediante l'osservazione diretta o indiretta (a mezzo dei famigliari), si metterà in rilievo, nel semplice neurastenico, la conservazione integrale del giudizio e dell'autocritica.

5° *Mania, delirî, epilessia.* La mania, la psicosi con idee di grandezza, in un sifilitico nervoso cronico possono venir confusi con la paralisi generale; lo studio clinico mentale sarà di notevole utilità. Nell'epilettico sifilitico si osserva, durante l'intervallo della crisi, il ritorno allo stato normale.

fil.

Metodo di difesa contro gli accidenti bulbari nella rachianestesia.

Gli accidenti sincopali, rari, della rachianestesia (Bloch et Hertz: *La Presse médicale*, n. 53) sono rappresentati da: sudori; pallore della faccia; rallentamento e piccolezza del polso, nausea, scomparsa dei riflessi oculari, tutti sintomi che sono accompagnati o seguiti dalla sincope respiratoria. Tali disturbi vengono generalmente combattuti mediante la iniezione epidermica di caffeina o uno degli altri cardiotonici usuali e con la respirazione artificiale, metodi, sopratutto questa ultima, che si addimostrano per lo più sufficienti, ma talora non bastano. Invece è veramente ammirevole l'effetto immediato (dopo qualche secondo) che si ottiene mediante la iniezione intrarachidea di caffeina. La tecnica è la seguente: Non appena il paziente mostra d'essere colpito dalla sincope: 1) lo si mette in decubito laterale; 2) si pratica la puntura lombare; 3) si lascia scolare il liquido cefalorachideo, se la pressione lo consente, per sottrarre, se possibile, l'anestetico non fissato ancora; 4) si inietta la caffeina (20 ctg. bastano); 5) infine si mette il paziente in posizione declive a testa bassa. Il metodo è stato sperimentato 4 volte, delle quali 3 con successo completo. Nel 4° con successo transitorio in quanto che si ottenne la scomparsa dei sintomi del collasso, ma il paziente (un ferito di guerra) venne a morte durante l'operazione.

MGZ.

EPIDEMIOLOGIA.

L'anofele può propagare la malaria direttamente?

B. Grassi (*Atti della R. Accademia dei Lincei*, 2 genn., 3 giugno e agosto 1921) si è posto di nuovo il problema, da lui già sollevato nel 1901, se gli anofeli siano in grado di fungere da semplici vettori del virus malarico: cioè di trasmettere l'infezione per trasporto passivo del sangue parassitato, senza far subire ai parassiti un'incubazione di lunga durata.

Il fatto potrebbe avvenire quando essi pungono successivamente due individui, di cui il primo malarico in atto ed il secondo sano: venendo scacciati dal primo quando non si sono ancora satollati, andrebbero ad immettere nel secondo l'infezione, rigurgitando una parte del sangue infetto ingerito.

Questo comportamento varrebbe a spiegare l'insorgenza dei casi primitivi di estivo-autunnale in un'epoca dell'anno in cui mancano del tutto i soggetti semilunari: si eluderebbe così la necessità d'invocare altre teorie (particolarmente quella del pleomorfismo, cioè della variabilità dei tre tipi di parassiti malarici, accolta recentemente dal Grassi). Rimarrebbero intelligibili anche alcune epidemie familiari (come ne sono stati segnalati recentemente alcuni casi dal Grassi a Fiumicino).

L'A. ha eseguito una serie di cinque esperimenti nell'Ospedale di S. Spirito (Roma), in condizioni specialmente favorevoli, usando come «datori» tre soggetti non chininizzati, affetti da estivo-autunnale e da quartana. L'esito fu costantemente negativo. Dunque *l'ipotesi che gli anofeli possano trasmettere la malaria direttamente da malarici a sani è da escludere*.

Nella terza nota il Grassi precisa i precedenti, chiarisce la portata di queste ricerche e risponde ad alcune critiche che l'impostazione di esse aveva provocato.

L. V.

POSTA DEGLI ABBONATI.

1418) *Metodi di cura nella malaria chinino-resistente.* — Al dott. L. M., abb. 14070, Cava Zuccherina:

La resistenza della malaria alla chinina è *episodio* sempre temporaneo, che si riesce spesso a vincere *mutando la via di somministrazione del rimedio*: condizione essenziale è però che la chinina sia data a dosi terapeutiche (grammi due al giorno).

Naturalmente tutte quelle recidive a breve o a lunga scadenza, che a torto fanno parlare di una vera resistenza al rimedio, si vincono con il sistema della *cura intensa-intermittente, prolungata*. Se il paziente si assoggetta, per es., a quattro o cinque settimane di chininizzazione (due gr. al giorno) distanziate da qualche giorno di tregua, se a tale chininizzazione intensa si fa seguire una cura trisettimanale (due gr. per tre giorni della settimana), poi altri due mesi di cura bisettimanale, sempre di due gr. per giorno, se nella primavera successiva si procede ad una nuova cura intensa di tre settimane di chininizzazione, per combattere le facili recidive preepidemiche, spesso la malaria si vince definitivamente. Parlo naturalmente di malarici che abbiano lasciato la zona malarica. In coloro che, malarici, continuano a vivere nel luogo malarico, è difficile dire se la vecchia infezione è recidiva o se si tratta di nuova infezione: la malaria non dà e non lascia immunità.

Quanto ai trattati di cui lei domanda, basta scorrere, per avere le indicazioni, la posta degli abbonati di questo anno. *t. p.*

(1419) *Pasto per la emoclasia digestiva nella insufficienza epatica.* — Al dott. C. S., abbon. n. 13030:

Il pasto per il saggio della funzionalità epatica, per mezzo della emoclasia digestiva, secondo il concetto di Widal, consiste in 200-300 gr. di latte, da somministrare al paziente dopo un digiuno di 10 o 12 ore.

t. p.

(1420) *Sull'uso dell'emetina.* — Al dott. E. M., abb. n. 6944:

I suoi concetti sull'uso dell'emetina sono esatti: devo notare solo che i dissenterici cronici tollerano in generale bene l'emetina; tra di essi però si trovano i più resistenti alla cura. Meglio che il Salvarsan, in tali casi rispondono le pillole di joduro doppio di emetina e bismuto somministrate per bocca in numero di 3-4 al giorno. Poichè l'eliminazio-

ne dell'emetina è lentissima e il rimedio dà fenomeni tossici da accumulo, è necessario che i periodi di cura, di 3-6 giorni ciascuno, siano distanziati con tregue di riposo di 20-30 giorni.

I fenomeni di intolleranza sono costituiti: 1) da diarrea che sopravviene al 2° o 3° giorno di somministrazione o in una esacerbazione della diarrea esistente; per essa non va modificato il piano e l'esecuzione della cura; 2) da fenomeni bulbari: vomito, polso frequente, raffreddamento delle estremità, vertigini, senso di mancamento, lipotimie. Tali disturbi, d'altronde eccezionali, devono far interrompere la cura e rendere prudenti nelle successive somministrazioni; 3) da fenomeni neuromuscolari sotto forma di grave astenia, di paresi, di paralisi; essi sono in rapporto con *prolungate* o *eccessive* somministrazioni del rimedio. È necessario sospendere la cura e far trascorrere un periodo di almeno un mese prima di riprenderla. *t. p.*

(1421) *Sul trattamento delle fratture.* — Al dott. V. M. da M.:

Stabilita in un dato caso l'opportunità del trattamento di una frattura con apparecchio, esso deve essere istituito il più presto possibile, con un apparecchio definitivo ben individualizzato e perfettamente modellato.

Questo ha lo scopo di immobilizzare i monconi di frattura in giusta posizione; quindi si deve far precedere una riduzione esatta della frattura stessa (eventualmente sotto narcosi), che si ottiene tanto più facilmente quanto più la manovra è fatta a minore distanza di tempo dal trauma.

D'altra parte la contenzione sarà tanto più facile, quanto più la riduzione sarà stata completa.

Per farsi un concetto esatto sul trattamento moderno delle fratture in generale può leggere la dotta e lucida relazione del prof. Dalla Vedova all'utimo Congresso della Società italiana di chirurgia. CR.

(1422) *Indennità per infortunio.* — All'abb. n. 13682:

L'art. 95 del Regolamento Infortuni, che riporta la tabella-schema delle indennità per inabilità permanente parziale, dice testualmente così: « Per la perdita totale di un solo dito d'un piede non si corrisponde alcuna indennità ». Il collega quindi sa bene come deve regolarsi. A. A.

(1423) All'abb. n. 13673:

Veda la risposta data l'anno scorso a p. 1460 sotto il n. 1235. L. P.

VARIA

Pro e contro il motociclismo.

U. Righi, nel *Medico Condotto* del 20 agosto, mette in evidenza tutti gl'inconvenienti del motociclismo.

Questo pone spesso a repentaglio l'incolumità personale molto più della bicicletta o dell'automobile (ne sanno qualche cosa i medici del pronto soccorso; l'A. stesso ha dovuto trattare alcuni pazienti conciati male); procura dei malanni (a causa dell'aria che investe con violenza il corpo e ne sottrae calore, mentre non si compie nessuna reazione, come nel ciclismo): perciò sono da mettergli in conto oftalmie, raffreddori, bronchiti, ecc.; determina fatica fisica esauriente, sia passiva, per le scosse e le vibrazioni (attenuate solo nelle P e M e nella Frongia, grazie alla disposizione del motore), sia attiva, allorquando la velocità supera i 60 km., dovendosi allora stare bene aggrappati alla macchina, per non venire sbalzati dagli urti violenti; determina fatica psichica, per l'intensa attenzione cui costringe; per questi motivi procura disturbi digerenti e nervosi e talvolta una vera « neurosi del motociclista »; infine la macchina va molto soggetta a guasti, di modo che soltanto gl'individui portati per speciale tendenza ad occupazioni meccaniche riescono a non disgustarsene. L'infortunistica della motocicletta abbraccia tutte le fratture, tutte le lussazioni, tutte le lesioni viscerali traumatiche; sovratutto frequenti sono le fratture delle costole, determinate dall'aprirsi della forcella e dalla rottura del telaio. La motocicletta può bruciare addirittura vivo chi la monta, se prende fuoco il recipiente della benzina, il che può avvenire anche per un'anomalia dell'accensione.

I pericoli si aggravano usando il *side-car*.

L'A. concede la moto tutt'al più a chi si trova in luoghi lontani dai centri e senza collegamento.

Al Righi ribatte il dott. Cervio (*Ivi*, 30 ag. 1921), il quale ha pure molta pratica di motociclismo; egli rileva che l'uso calmo e ragionevole della motocicletta può rendere grandi servigi sovratutto al medico condotto che ha clientela estesa in vasta zona e dove le strade sono possibili. Il mondo cammina, egli aggiunge, e non è lecito tornare indietro, anche se dovessimo trovarci più tranquilli e più sicuri....

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MAGALDI VINCENZO. *Il problema delle classi medie.* — Roma, Rassegna della Previdenza Soc., 1921.

SUNE MEDÁN LUIS. *Las vegetaciones adenoideas en los adultos.* — Barcelona, Francisco Altés y Alabary, 1921.

ID. *Abceso del cerebelo de origen ótico.* — Barcelona, Francisco Altès y Alabary, 1921.

BOLOGNESI JOSEPH. *Ueber die spontane Rückbildung des Hantepithelioms.* — Berlin, August Hirschwald.

ID. *Sopra un caso di corpo estraneo nell'esofago.* — Roma, Tip. Naz. di G. Bertero e C., 1915.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

L'esercizio professionale nelle nuove Provincie.

Presso i vari ministeri funzionano Commissioni speciali che hanno il compito di coordinare ed applicare le disposizioni legislative del Regno nelle nuove Provincie.

Furono fatte sollecitazioni perchè tale lavoro sia attuato nel modo più sollecito nei riguardi dei sanitari, per la sistemazione degli interessati e per dar loro modo di partecipare alle elezioni dei rappresentanti degli Ordini nel C. S. di S., le quali dovranno esser fatte verso la fine dell'anno corrente.

Ad iniziativa della Direzione Generale della Sanità pubblica, sono ora in corso di pubblicazione due RR. DD. in data 25 settembre, con cui si estendono alle nuove provincie la legge sugli Ordini sanitari e quella sull'esercizio dell'odontoiatria.

Agitazione dei dipendenti degli enti locali in provincia di Rovigo.

Riceviamo:

In principio dell'anno corrente in provincia di Rovigo, tra le rappresentanze dei Dipendenti degli Enti locali (compresi i Medici condotti) e delle Amministrazioni comunali, furono concordati miglioramenti di carriera e di stipendio, che erano già in corso di attuazione da parte di varî Comuni, colla approvazione della Giunta Provinciale amministrativa.

Improvvisamente nel mese di aprile, dopo lo scioglimento di tutte le Amministrazioni comunali della Provincia, qualche Commissario regio o prefettizio prima, ed in seguito la stessa Giunta Provinciale amministrativa, assunsero un deciso atteggiamento contrario all'effettuazione dei miglioramenti già concordati.

Dinanzi a questo fatto il Consiglio direttivo dell'Associazione Nazionale dei Dipendenti degli Enti locali, in pieno accordo colla Sezione provinciale dei Medici condotti, ha deciso di iniziare subito una viva agitazione, a base nettamente diretta e sindacale, per la cui effettuazione pratica ha immediatamente proceduto alla nomina di un Direttorio costituito da sei persone scelte tra le varie categorie di dipendenti (Medici, Segretari, Agenti, ecc.).

G. OLIARO.

Sindacato medico della provincia di Roma.

Si è tenuta a Roma l'assemblea degli aderenti al Sindacato medici della città e provincia. Venne approvato lo statuto e nominato un Comitato organizzatore.

Le sede provvisoria del Sindacato è presso l'Ordine dei medici, via Foro Traiano, n. 1. Per adesioni e schiarimenti rivolgersi al dott. Codro Bucchi, piazza Vittorio Emanuele, n. 55 - Roma.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9044) *Indennizzo - Stipendio supplementare - Cavalcatura.* — Dott. A. B. da M. — Sul primo quesito rispondiamo che non v'ha luogo a risarcimento di danni; sul secondo, che come al medico competono le lire 2 per ogni povero curato in più dei 1000, così al chirurgo compete il medesimo compenso per ogni povero curato, oltre quelli inscritti nell'elenco, dovendosi l'art. 16 del Capitolato interpretare nel senso che solo in casi di generale ed eccezionale pubblica calamità si debba il chirurgo prestare gratuitamente; e sul terzo quesito rispondiamo che, costituendo la cessione della cavalcatura al successore interino un onere imposto al titolare della condotta per causa del congedo, non è essa punto ammissibile di fronte alla tassativa disposizione del regolamento e della legge sanitaria.

(9045) *Stabilità - Pensioni.* — Dott. C. S. da B. — È già divenuta stabile. Non può riscattare gli anni di interinato, durante i quali non ha pagato contributo alla Cassa. Ai Comuni compete sempre di pagare alla Cassa di previdenza i proprî contributi, non ostante che il posto sia retto da interini od anche vacante. È l'interino che non è obbligato a pagare, non il Comune.

(9046) *Tassa di famiglia o focatico.* — Dott. A. D. C. da C. — L'art. 193. n. 3, della vigente legge Comunale fa comprendere che la tassa di famiglia e quella focatico sieno la medesima cosa, tanto che le nomina alternativamente interponendo la particella *o*. Però una distinzione esiste, ed è che la tassa famiglia comprende tutti indistintamente coloro che hanno residenza in un determinato Comune, e per ciò anche gli impiegati scapoli, gli studenti, ecc., mentre la tassa focatico esclude costoro, perchè non fanno fuoco, cioè non mangiano in casa, ordinariamente. Ella, poi, non può sfuggire dall'una o dall'altra imposizione perchè effettivamente fa fuoco nella casa dove abita e costituisce, ancorchè solo, una famiglia. Se il Comune ha assunto per obbligo di corrispondere lo stipendio al netto di *ogni tassa*, è escluso dal pagamento anche della tassa focatico.

(9048) *Riduzione delle condotte - Diritti dei sanitarî.* — Dott. N. S. da G. P. — Se due medici fanno il servizio di condotta, con l'annuenza ed approvazione della autorità tutoria superiore, ad ognuno di essi deve essere corrisposto il caro-viveri, in conformità della rispettiva posizione giuridica. È vero che lo stipendio è unico, ma, ripartendosi, diventa duplice ed ogni sanitario che ne riceve parte si considera come un vero stipendiato. È naturale che ognuno di essi deve risiedere *in loco,* senza potersi alternare nel servizio con l'altro.

Doctor JUSTITIA.

Iscrizione alla Società Italiana di Chirurgia. — All'abb. n. 8321:

Occorre essere presentati da due soci, avere una certa notorietà e versare 100 lire, di cui 50 come quota d'iscrizione e 50 come quota per il primo anno.

F.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Salerno*: Dottori: De Angelis Guglielmo, Angri, L. 650 — Cioffi Giuseppe, Sarno, L. 460 — Cavallaro Antonio, Scafati, L. 460 — Salsano Tommaso, Cava de' Tirreni, L. 400 — Tramontano Camillo, Pagani, L. 400 — Amorosi Antonio, Peggiano, L. 350 — Marciano Alfonso, Nocera Superiore, L. 300 — Marieri Vincenzo, Controne, L. 300 — Mela Pietro, Amalfi, L. 250 — D'Ambrosio Francesco, S. Valentino Torio, lire 250 — Pagnano Federico, Postiglione, L. 250 — Liguori Pietro, Serre, L. 250 — Ippoliti Emilio, Laurino, L. 250 — Mazzo Vincenzo, S. Giovanni a Piro, L. 250 — Lombardi Raffaele, Fiscino, L. 200 — Cioffi Alfonso, Mercato San Severino, L. 200 — Foglia Luigi, Montecorvino Rovello, lire 200 — Marano Salvatore, Salerno, L. 200 — Ruggiero Andrea, San Marzano del Sarno, L. 200 — Marino Serafino, Bellosguardo, L. 200 — Imperato Luigi, Eboli, L. 200 — Ciementi Michele, Oliveto Citra, L. 200 — Tagliamuro Pasquale, Valva, L. 200 — Di Santi Basilio, Atena Lucana, L. 200 — Sabini Giuseppe, Camelle in Pittari, lire 200 — Priore Emilio, Sant'Arsenio, L. 200 — De Laurentis Francesco, Sassana, L. 200 — Pagano Giovanni, Ascea, L. 200 — Lombardi Pasquale, Magliano Vetere, L. 200 — Landomio Rinaldi, Montano Antilia, L. 200 — Consoli Pietro, Sacco, L. 200 — D'Agosto Mattia, Valle della Lucania, L. 200 — Rebek Alberto Ettore, Cetara, L. 150 — Guadagno Nicola, Maiori, L. 150 — Parisi Ferdinando, Montecorvino, Pugliano, L. 150 — D'Amato Vincenzo, Scala, L. 150 — Mucci Francesco, Auletta, L. 150 — Morone Erminio, Caggiano, L. 150 — Pinto Ernesto, Padula, L. 150 — Medici Antonio, Polla, L. 150 — Pifano Giovanni, Vibonati, L. 150 — Scarpa Raffaele, Castelnuovo Cilento, L. 150 — Lebano Luigi, Lustra, L. 150 — Del Baglivo Emilio, Perito, L. 150 — Sansone Paolo, Acerno, L. 100 — Cavallo Luigi, Castiglione dei Genovesi, L. 100 — Nelzel Vittorio, Corbara, L. 100 — Troisio Vincenzo, Giffori Valle Piana, L. 100 — Ruocco Angelo, Minori, L. 100 — Piciolomini Giacomo, Nocera Inferiore, L. 100 — Pastorino Crosanto, Olevano sul Tusciano, L. 100 — Arenare Gennaro, Sanza, L. 100 — Viggiani Alfredo, Torrasca, L. 100 — Rocco Giuseppe, Tortorella, L. 100 — Cataldo Pasquale, Alfonso, L. 100 — Torrusio Nicola, Campora, L. 100 — Gabriele Giacomo, Centola, L. 100 — Rambaldi Michele, Futani, L. 100 — De Marco Francesco, Gioi, lire 100 — Miglio Gaetano, Laureana Cilento, L. 100 — Speranza Cesare, Laurito, L. 100 — Racucci Domenico, Licusati, L. 100 — D'Agosto Mattia, Muoi della Civitella, L. 100 — Lombardi Pasquale, Monteforte Cilento, L. 100 — D'Agosta Mattia, Novi Velia, L. 100 — Lippi Raffaele, Omignano, L. 100 — Piccirilli Gabriele, Ortodonico, L. 100 — Farzati Bartolomeo, Perdifumo, L. 100 — Vairo Gennaro, Piaggine Soprane, L. 100 — Sernicola Emilio, Pollica, L. 100 — Cernelli Raffaele, Prignano Cilento, L. 100 — Falco Salvatore, Roccagloriosa, L. 100 — Magnoni Arminio, Rutino, lire 100 — Scarpa Raffaele, Salento, L. 100 — Piccirilli Pasquale, San Mauro Cilento, L. 100 — Monzo Fedele, Stella Cilento, L. 100 — Calicchio Vincenzo, Torre Oraia, L. 100 — Vairo Gennaro, Valle dell'Angelo, L. 100.

CONCORSI.

ANAGNI (*Roma*). — A tutto 30 ott. Zona Est. L. 7000 oltre L. 1.50 ogni povero in più di 1500; cinque quadrienni del decimo; doppio c.-v.

BARBARESCO (*Cuneo*). — Consorzio con Trezzo e Tinella; L. 4200 oltre L. 500 quale u. s.; c.-v. Scadenza 15 ottobre.

CASNIGO (*Bergamo*). — L'annunzio non ci è stato rimesso in tempo utile. Scadenza 8 ottobre.

CELLERE (*Roma*). — L. 7000 per 2000 poveri, lire 1.50 ogni pov. in più, L. 300 uff. san., L. 500 disag. resid., due c.-v. Entro il 31 ottobre.

CEPRANO (*Roma*). — Scad. 31 ott.; L. 7000 e c.-v.; 5 quadrienni del decimo. Le condotte sono due. Chiedere annunzio.

CISTERNA (*Roma*). — II cond.; L. 7000, oltre L. 1.50 ogni pov. in più di 2000 e 5 quadrienni del decimo; due c.-v. A tutto 25 ott. Servizio entro 15 giorni. Chiedere annunzio.

CLUSONE (*Bergamo*). — Due condotte; L. 6500 oltre L. 250 ogni centinaio di poveri oltre 1000, L. 350 oltre 2000, quattro quinquenni del decimo, due c.-v., L. 500 per uff. san. Ospedale, Staz. climatica. Scad. 30 ott.

FRASCATI (*Roma*). — Condotta chirurgico-ostetrica; scad. 31 ott.; L. 8000 per 2000 pov., addizionale di L. 2000 per gli altri poveri inscritti nell'elenco eccedenti detto numero; 5 quadrienni decimo; c.-v. Compensi dai semi-abbienti e agiati. Chiedere annunzio. Abit. 10,400 di cui 2,700 pov.; ospedali in città.

GALLIATE (*Novara*). — II condotta; L. 6600 per circa 1500 pov. Addizionale di L. 3 per ogni pov. compreso nella zona agglomerata, e lire cinque nei cascinali. Due c.-v. Quattro quinquenni decimo. Tutta in pianura. Ab. 9782. Ospedale. Scadenza 15 ottobre. Assunzione in servizio, pena la decadenza, entro dieci giorni dalla partecipazione della nomina. Capitolato-tipo.

GUBBIO (*Perugia*). — Chirurgo primario di città; medico primario di città; tre medici condotti rurali. L. 6000, oltre L. 4000 per il chirurgo primario, L. 2000 per il medico primario, ai condotti L. 2 ogni pov. oltre i 1500; cavalc. a carico del Comune, o indennità di L. 2000. Assistente chirurgo L. 3500, vitto, alloggio, luce e riscald. Doppio c.-v. Chiedere annunzio. Scad. 15 ott.

MAGIONE (*Perugia*). — Capoluogo; L. 6000, cinque sessenni e L. 2000 per cav. Secondo riparto; lire 6000, cinque quinquenni, L. 2000 per cav., L. 2 ogni povero oltre i 1000, L. 1000 se gli abbienti saranno meno di 300. Cinque quinquenni del decimo. Assicurazione infortuni professionali. Chiedere annunzio. Scadenza 20 ottobre.

PESCIA. *R. Ospedale dei SS. Cosimo e Damiano.* — Primario medico; L. 6000, c.-v. in L. 2400; 30 per cento sulle tasse di cura dei ricoverati in camera di 1ª e 2ª classe. Scad. 31 ott. Lib. doc. in patologia o clinica medica, titoli di servizio ospedaliero e speciali titoli scientifici e pratici d'igiene generale e ospedaliera. Età limite 45 anni. Il concorso verrà deciso dai membri di una Facoltà

medica che il Cons. amministr. designerà dopo chiuso il concorso; la scelta cadrà sui tre migliori, con votazione segreta.

RAMACCA (*Catania*). — Condotta pel capoluogo; L. 5000, due caro-viv., 5 quinquenni del decimo. Scad. 2 nov.

RAVENNA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario capo dell'ufficio d'igiene nel Comune di Faenza. Vedi fasc. 40. Scadenza 31 ottobre.

ROMA. — *Croce Rossa Italiana.* — Direttore del Sanatorio di Cuasso al Monte (Varese). Vedi fascicolo 40. Scadenza 31 ottobre.

SAN CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 31 ott.; III cond. per Palazzone; L. 5000 con 8 trienui ventes. L. 3000 mezzo trasp., c.-v.

TERNI (*Perugia*). — Condotta di campagna; al 15 nov.; L. 6000 oltre i diritti stabiliti in regolamento per l'eccedenza oltre 1500 poveri e per le spese di vettura.

TRIPOLI. *Amministrazione degli Istituti Ospedalieri e di Beneficenza.* — Direttore dell'Ospedale Civile V. E. III. Vedi fasc. 40. Scadenza 15 ott.

VALSINNI (*Potenza*). — Scad. 31 ottobre. Condotta per i poveri. Stipendio L. 3000 aumentabili per sei quadrienni. Diritti e doveri come da capitolato-tipo provinciale.

VILLATA (*Novara*). — L. 6000 per 250 pov., addizionale L. 4, p. uff. san. L. 500, p. trasporto L. 500, due c.-v., alloggio gratuito. Scad. 15 ottobre.

VITERBO (*Roma*). — *Ospedale Grande degli Infermi.* — Due aiuti; L. 6000, oltre quota supplem. di L. 1200 e caro-viv. in L. 1200; camera di abit.; vitto nei giorni di guardia. Età limite 34 anni. Nomina e conferma biennali. Scad. 30 giorni dal 27 settembre.

Dal Municipio di Santa Fiora (Grosseto) ricercasi interino per tempo indeterminato, non superiore a mesi tre, con assegno giornaliero di L. 40, oltre L. 166 mensili di cavalcat. Due condotte. Frazioni rurali: pertanto il concorrente deve essere in condizioni di robustezza fisica da provarsi con certificato recente; età non superiore a 50 anni. Diploma universitario. Rivolgersi al Commissario Prefettizio.

Cercasi interino per due o tre mesi, condotta prevalentemente chirurgica, ospedale. Scrivere: Dottor Vinciguerra - Soriano nel Cimino (Roma).

MILANO. *Fondazione Beretta.* — Il compianto dott. Ambrogio Beretta ha fondato due premi di L. 8000 ciascuno con medaglia d'oro di L. 500 per i migliori lavori di clinica medica e di anatomia patologica. I premi sono riservati ai medici che risiedono a Milano o nella provincia e che non abbiano conseguito la laurea da più di 12 anni al 31 dicembre 1921. Rivolgersi al Municipio.

Diffide e boicottaggi.

Il Gruppo provinciale di Novara della A. N. M. C. ha proclamato il boicottaggio, a favore dei colleghi dottori Sella e De Grandi, a partire dal 1° ottobre, dei due Consorzi sanitari: 1° Vocca, Valmaggia, Morca, Crevola, Perone, Locarno (titolare dott. Sella); 2° Roccapietra, Civiasco, Morondo, Camasco, Cervarolo (titolare dott. De Grandi), perchè detti Consorzi furono dichiarati sciolti unicamente per non concedere i miglioramenti economici fissati dal Concordato di Vercelli e ad essi imposti dalla Giunta Provinciale Amministrativa.

Si invoca pertanto la piena solidarietà di tutti i colleghi d'Italia contro questa frode alla legge a danno di due stimati colleghi che già da anni avevano acquistato il diritto alla stabilità e che ora, con uno specioso pretesto, vengono licenziati con soli venti giorni di preavviso.

Sono diffidati tutti i concorsi della provincia di Brescia, essendo stato denunziato il concordato del 1919.

Sono diffidati tutti i concorsi della provincia di Reggio Emilia non conformi al Capitolato della Sezione M. C. Tariffe, supplenze e interinati lire 100 al giorno, di cui L. 30 vanno alla Sezione.

Il Gruppo provinciale di Novara della A. N. M. C. comunica che è stata revocata la diffida del Consorzio sanitario di Crodo (Ossola) essendo state accettate le condizioni poste dal Gruppo provinciale stesso, e cioè: residenziali L. 8000 per il servizio di poveri non superiori al decimo della popolazione; indennità di trasferta L. 1000; ufficiale sanitario L. 800; caro-viveri di legge; alloggio e giardino gratuiti. Non occorre mezzo di trasporto perchè in montagna.

Sono anche revocate le diffide di Scandale (Catanzaro), Rivolto (Udine), Mercatino Talamello (Pesaro) per intervenuti accordi.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nella Clinica ostetrico-ginecologica dell'Università di Lipsia, quale successore del pro. Zweifel, è stato nominato il prof. Walter Stoeckel.

In esito al concorso indetto dall'Ospedale Cotugno per Malattie Infettive di Napoli sono risultati i dottori Carlo Bifulco al primo posto, Gennaro Molinari e Mario Reale *ex aequo* al secondo posto. Il dott. Bifulco ha rinunziato al posto, per coprire quello di Vice-direttore del Laboratorio Medico-Micrografico del Comune di Venezia.

Il prof. Luigi Carlo Massini, libero docente di patologia medica nell'Università di Genova, segretario generale del Comitato Italiano all'ultimo Congresso Internazionale di Talassoterapia tenutosi a Monaco, è stato insignito della Croce di Cavaliere dell'Ordine di San Carlo, da S. A. il Principe Alberto, che gli ha inviato le insegne della speciale onorificenza.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Cavalieri: prof. Giovanni Castronuovo, Napoli; dott. Francesco De Pascalis, San Cesario di Lecce.

IGIENE SOCIALE.

L'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale

consolida sempre più la sua organizzazione ed estende la sua attività grazie alla ferma tenacia ed all'energia instancabile di Ettore Levi, il quale ha fede nella sua opera ed anima tutti i suoi collaboratori.

Visitando la sede provvisoria dell'Istituto si prova la sensazione di trovarsi nella centrale di un grande organismo industriale.

Tra i fini essenziali che esso persegue è quello di funzionare come *Osservatorio* dei grandi fenomeni sociali di morbosità e di mortalità e delle provvidenze dirette e indirette da opporvi, per migliorare lo stato sanitario della razza.

L'Istituto possiede perciò una *Biblioteca* la quale è in via di rapido incremento, mercè il concorso dei Ministeri degli esteri e dell'interno per la documentazione ufficiale ed ufficiosa dei vari Stati, delle nostre Provincie, dei nostri maggiori Comuni, e mercè l'interessamento del sen. Sanarelli per la stampa medica italiana. Il copioso materiale che affluisce alla Biblioteca — atti ufficiali, documenti d'Istituti, di Corporazioni, ecc., libri e riviste — viene elaborato e vagliato, rubricato ed accasellato con metodo e con abilità. Offre già ora preziosi elementi informativi per gli studiosi e gioverà ampiamente ai fini della *propaganda*.

La quale costituirà un'altra delle manifestazioni del benefico Istituto. La volgarizzazione verrà compiuta non solo tra i profani e gl'indotti (operai, soldati, scolari...), ma anche nelle sfere dirigenti, tra i legislatori, gli amministratori, i competenti, gli uomini di studio. Sono già in via di pubblicazione o di redazione varie monografie affidate a studiosi di valore.

Altro compito dell'Istituto sarà lo stimolo alla *coordinazione* degli Enti di previdenza ed assistenza sociale.

L'Istituto è ora allogato un po' a disagio nel ricco domicilio del promotore. Malgrado l'angustia dei locali, tutto v'è in ordine e funziona con perfetta regolarità sotto la direzione del dott. Aldo Luzzatto che, richiamato ad altre forme di attività, sarà sostituito dal dott. Carlo Galassi, già specializzato nella materia: e con la cooperazione di altro personale permanente, volenteroso e solerte. Tra poco l'Ufficio passerà in locali più adatti, nella villa Celimontana, insieme ad altre istituzioni di carattere sociale.

Naturalmente per l'esplicazione del suo vasto programma occorre larghezza di mezzi; ma già sono stati acquisiti fondi per circa mezzo milione.

Date le sue alte finalità, giungono sempre più numerose all'Istituto le adesioni da parte di Enti e di spiccate personalità della politica, della finanza e della scienza.

L. V.

LITORA ALIENA.

Una visita a Colorado Springs.

Chi si reca per la prima volta a Colorado Springs, a circa 2000 m. sul mare, resta piacevolmente sorpreso della modernità di questa cittadina, che si stende con le sue larghissime strade ed i suoi ampii ed ombrosi viali ai piedi del monte Pike's Peak, il più alto della catena delle Montagne Rocciose.

La cima del Pike's Pike è coperta di neve gran parte dell'anno, ma vi si accede comodamente con la pittoresca via automobilistica o con la ferrovia a trazione dentata, la cui stazione inferiore, a sole sei miglia da Colorado Springs, trovasi presso Manitou, che noi italiani potremmo rassomigliare, per la quantità e varietà delle acque sorgenti a breve distanza l'una dall'altra, a Castellammare di Stabia. I primi abitatori indiani, di cui si osservano le vestigia nelle vicine caratteristiche rovine, diedero alle sorgenti della salute il nome del loro Grande Spirito: Manitou.

La bellezza del luogo, l'amenità dei dintorni, il clima asciutto, l'aria purissima, il cielo sereno hanno attratto a Colorado Springs quanti maggiormente hanno bisogno di tutte queste condizioni naturali, i tubercolotici, ed anche coloro che cercano un angolo tranquillo per riposare dopo le ansie della turbinosa vita americana, i milionari. In una sola via si contano più di quaranta sontuose residenze di questi così detti beniamini della fortuna.

A Colorado Springs, oltre ai tubercolotici ed ai milionari, accorrono anche... i medici. Tra una popolazione di circa 30,000 abitanti si contano più di 200 medici, la maggior parte dei quali vi si recò per curare la salute propria o quella di qualche congiunto; poi, affascinata dalle bellezze naturali di questo immenso altipiano, si decise a fissare stabile dimora nei pressi del Giardino degli Dei, della Grotte dei venti, delle stalattiti e delle stalagmiti, della Grande Montagna Bianca, delle Sorgenti Fatate che ridanno la gioventù, della Foresta Pietrificata, delle Sette Cascate, e di tanti altri luoghi cui il linguaggio immaginoso degl'Indiani ha dato particolare rinomanza.

Naturalmente se tutto fosse così come vien descritto sulle tante guide, sui numerosi opuscoli illustrati ed attraverso la continua e ben diretta réclame, Colorado Springs sarebbe un piccolo paradiso terrestre. Il vero è che qualche difettuccio non manca: per esempio, il vento spesso impetuoso. Ma questo e qualche altro minore inconveniente non tolgono però a questa graziosa cittadina il primato negli Stati Uniti come stazione climatica di alta montagna.

Inutile dire che abbondano i sanatorî, gli ospedali, le piccole case di salute, oltre al gran numero di alberghi, tra cui due di gran lusso, pari ai migliori di New York. Vi fioriscono ogni sorta di sport: tennis, golf, polo, ecc., che attirano gli appassionati dalle più lontane regioni d'America.

Fra i sanatorii quattro hanno rinomanza nazionale: il Modern Woodmen of America, il Glockner

Sanatorium, il Cragmor Sanatorium ed il Printers Home.

Il Glockner è anche ospedale comune, amministrato dalle Suore della Carità, ed è un modello per tranquillità, ordine, pulizia, affettuosità di trattamento, ottima cucina. Ho avuto la fortuna di esser presentato in modo molto lusinghiero a Suor Maria, Sopraintendente del Glockner. Ho potuto così passare un'oretta in fraterno simposio con i colleghi dottori O. O. Geese, A. M. Forster, G. B. Gilbert e Gerald B. Webb. Quest'ultimo, presidente della Associazione Nazionale contro la Tubercolosi, è nato in Inghilterra ed è il tipo dell'anglosassone nell'aspetto e nelle abitudini sportive, ma in conversazione ha una vivacità tutta latina. Mi parlò delle sue recenti favorevoli esperienze sulla trasmissione della tubercolosi in animali ritenuti finora immuni. Si intrattenne volentieri a parlare anche dell'Italia e di Roma specialmente, ed io gli esposi in breve quanto si è fatto e si sta facendo da noi in provvedimenti a favore degli ex militari tubercolotici ed in generale nella lotta contro la tubercolosi, sia per mezzo della Sanità Civile e della Militare, sia per mezzo della Croce Rossa.

A proposito del Congresso Internazionale del 1912, tenutosi nella Città Eterna, il Dr. Webb mi raccontò il seguente aneddoto. Dopo il ricevimento al Campidoglio i Congressisti furono accompagnati alla Passeggiata Archeologica ed il compianto Sindaco Nathan illustrò il percorso con la sua particolare competenza. Alla fine del giro, il Dr. Webb, nell'accomiatarsi dal supposto gentile Cicerone... di professione, pose nella destra del Nathan una lira di argento, e questi si affrettò a metterla in tasca, dicendo: « Sono i primi venti soldi che guadagno come Sindaco »!

Non solo alla speciale dottrina nella cura della tubercolosi deve il Dr. Webb la sua rinomanza, ma alla intensa vita sportiva. Trovandosi un giorno in treno con un signore, che aveva detto di abitare Colorado Springs da più di venti anni, si era meravigliato di sentirsi rispondere, all'atto della reciproca presentazione: Mr. Webb... mai sentito!... Allora egli replicò: Sono il Dr. Gerald B. Webb; e l'altro, facendo mille scuse: Ma sì... ma sì che conosco il suo nome, non è lei il giocatore di polo?!...

Il Dr. Webb è consulente del Cragmor, che è un sanatorio di lusso, costruito con criteri modernissimi: ogni ammalato riceve la sensazione di avere un appartamento completo tutto per sè, composto della camera da letto e della terrazza (sleeping porch) che con ampie aperture guarda da due lati, del camerino guardaroba e di quello da bagno e da toletta. È da notarsi inoltre che le terrazze sono disposte in modo che l'una non affaccia sull'altra, così che gli ammalati che vi fanno spingere i letti, anche a tendine completamente sollevate, non sono sotto lo sguardo di altri ammalati.

L'Union Printers Home è un ricovero per i vecchi e gl'inabili artefici della stampa, ma è anche il sanatorio per i tubercolotici dell'Associazione Internazionale dei Tipografi, che ha il vanto di essere stata la prima ad ideare ed attuare un così grandioso programma di provvidenze a favore dei propri soci. Il Printers Home è un aggregato di edifici in muratura, con tutto quanto può non far rimpiangere un ambiente familiare a chi è costretto a chiedere a Colorado Springs i conforti di una penultima dimora.

I tubercolotici poi sono allogati parte nelle sale in muratura, provviste di ampie terrazze, sulle quali sono spinti i letti quando il medico lo ritiene opportuno, e parte in baracche di legno ed in tende ottagonali individuali, fornite però di termosifone e di un opportuno sistema di ventilazione.

Ma il più completo sanatorio, dal punto di vista della specializzazione, è di certo il Modern Woodmen of America, mantenuto dalla omonima grande Società di mutua assistenza. Oltre all'edificio principale in muratura conta più di duecento baracche ottagonali in legno, ognuna per un solo ammalato. Questo sistema, che a primo aspetto sembra ideale, non riscuote però la simpatia dei sanitari, perchè la sorveglianza dei singoli ammalati non è possibile senza sciupìo enorme di tempo e senza sovrabbondanza di personale.

A Colorado Springs furono inviati per lo passato numerosissimi invalidi di guerra, che sono stati poi concentrati nel Recuperation Camp di Aurora, vicino Denver, chiamato ora Fitzsimmons General Hospital, in onore del primo ufficiale medico americano caduto sul campo di battaglia in Francia.

In questo, che è ritenuto il più grande ospedale militare degli Stati Uniti, tutto è davvero grandioso: è sul tipo a padiglioni, che ricorda molto il nostro Ospedale Militare Principale del Celio, a Roma.

Dott. GIOVANNI PERILLI.

NOTIZIE DIVERSE.

XXVII Congresso italiano di Medicina interna.

Il XXVII Congresso della nostra Società Italiana di Medicina interna avrà luogo a Napoli nella Regia Università dal 25 al 28 ottobre, come abbiamo già annunziato.

Esso è preparato da un Comitato organizzatore presieduto dall'on. prof. P. Castellino, e riuscirà importantissimo.

Possono iscriversi al Congresso i soci della Società e tutti i medici che coltivano le diverse branche della Medicina interna.

La quota d'iscrizione, fissata dal Consiglio direttivo della Società nella seduta del 9 novembre 1920, è di lire quaranta sia per i socii come per gli aderenti. Essa dà diritto a partecipare ai lavori del Congresso, a ricevere la tessera di Congressista, ad usufruire delle riduzioni ferroviarie, al libero ingresso ai musei e alla Stazione zoologica, al ricevimento offerto dal Municipio di Napoli, al libero ingresso alla Prima esposizione biennale d'arte sita nella Reggia di Napoli, al volume degli Atti del Congresso ed anche ad un elegantissimo volume, riccamente illustrato, della Storia delle Scuole e dei Maestri delle Cliniche mediche

italiane, opera di singolare pregio storico ideata dal prof. on. P. Castellino e redatta da tutti i Professori di Clinica e Patologia medica d'Italia, che ora trovasi in corso di pubblicazione; e finalmente a tutte le altre facilitazioni, che il Comitato si augura di poter ottenere mercè le pratiche che sta svolgendo.

Nessuna iscrizione sarà valida se non è accompagnata dalla relativa quota di L. 40, la quale dovrà pagarsi non oltre il 15 ottobre per dare agio al Comitato d'inviare in tempo utile la tessera ed il modulo per fruire delle riduzioni ferroviarie. Le persone di famiglia dei congressisti possono godere delle stesse facilitazioni iscrivendosi mediante pagamento di una quota di lire 20. Le quote di iscrizioni devono essere indirizzate al cassiere del Comitato, prof. Giuseppe Polito, II Clinica Medica, Policlinico - Piazza Luigi Miraglia, Napoli.

Le Ferrovie di Stato concedono ai congressisti di partire dal 20 al 28 ottobre e ritornare dal 25 ottobre al 3 novembre.

Il Comitato organizzatore, per la difficoltà generale degli alloggi, ha costituito un apposito ufficio, il quale ha assunto informazioni per conoscere la disponibilità degli alloggi, all'epoca del Congresso; tali informazioni, con il relativo prezzo per camera, saranno inviate a richiesta degli iscritti perchè questi possano rivolgersi direttamente ai proprietari degli alberghi per fissare in precedenza l'alloggio.

I congressisti, che desiderano fare comunicazioni scientifiche, sono pregati di inviare i titoli al Segretario generale del Comitato, prof. Carmelo Cafiero (II Clinica Medica, via Miraglia) non oltre il 15 ottobre, dopo la quale data la Presidenza del Comitato non potrà procedere ad ulteriori inserzioni nel programma.

A norma dell'art. 5 del regolamento del Congresso, nessuna comunicazione può essere iscritta all'ordine del giorno, se prima non se ne sia trasmesso un sunto sommario al Segretario generale del Congresso. Non sono accettate le comunicazioni che non abbiano attinenza con la medicina interna e che non presentino qualche novità.

I membri del Congresso non soci devono, in luogo del sommario, inviare il testo delle loro comunicazioni.

I temi delle relazioni stabilite dal Consiglio direttivo della Società di Medicina interna sono:

1° «Clinica e terapia delle malattie tubercolari»: proff. Maragliano e Lucatello.

2° «Encefalite letargica»: proff. Gasbarrini e Marcora.

3° «Pleuriti purulente»: professori Morelli e Schiassi.

Quest'ultima relazione sarà tenuta in una seduta promiscua con i Congressisti della Società Italiana di Chirurgia.

In una speciale seduta serale il prof. Giuffrè parlerà di «Dante e la Medicina».

XVIII Congresso della Società italiana di laringologia, otologia e rinologia.

Avrà luogo a Ravenna nei giorni 13-15 ottobre 1921.

La relazione che formerà oggetto di discussione ha per argomento: «La fisiopatologia delle cavità nasali» (relatori: dott. Danelon di Trieste e professor Mancioli di Roma).

Presidente del Congresso è il prof. Biaggi; vice-presidente il prof. Citelli; consiglieri: prof. Lasagna, dott. Rimini; tesoriere, prof. Bilancioni; segretario, prof. Castellani. Le Ferrovie dello Stato hanno concesso una riduzione sul prezzo del biglietto di viaggio.

Per aver assicurato l'alloggio a Ravenna si consiglia di prenotarsi presso il Segretario della Società, prof. L. Castellani, via Fratelli Ruffini, 11, Milano.

V Congresso Italiano di Neurologia.

Dal 19 al 21 ottobre avrà luogo a Firenze il V Congresso della Società Italiana di Neurologia. I titoli delle comunicazioni scientifiche dovranno essere trasmessi alla Segreteria (dott. Mario Zalla, Clinica di S. Salvi, Firenze).

I Congresso Nazionale delle dottoresse in medicina.

Si terrà a Salsomaggiore dal 14 al 16 ottobre. L'iscrizione è gratuita. L'adesione dev'essere inviata al più presto alla dott.ª Carcupino-Ferrari (Salsomaggiore), che farà pervenire la tessera necessaria per usufruire del ribasso ferroviario.

Il monumento a Cesare Lombroso.

Il 25 settembre fu ufficialmente inaugurato a Verona un austero monumento a Cesare Lombroso, opera di Leonardo Bistolfi. Per l'occasione convennero nella patria di Lombroso numerose personalità politiche, civili, militari ed illustrazioni delle scienze mediche e giuridiche; erano presenti il sottosegretario on. Sanna-Randaccio, il vice-presidente della Camera on. Casalini, i senatori Malagodi, Mosca, Berenini, Campostrini, Dorigo, Gatti, gli onorevoli Ferri, Dugoni, Giacomelli, Florian, Rossi, i rappresentanti della Francia, del Belgio, della Svizzera, della Spagna, autorità cittadine e della provincia, rappresentanti di associazioni, ecc. Assistevano la vedova dello scienziato, le figlie Gina e Paola con i rispettivi mariti proff. Carrara e Ferrero, il figlio prof. Ugo, i parenti Lombroso, Forti, Levi e Luzzatto. Infinite le adesioni.

Un denso corteo, con oltre cinquanta bandiere, si recò dal Municipio alla sede del monumento. Il sen. Berenini illustrò l'alto significato dell'omaggio del mondo civile a Cesare Lombroso, al quale hanno contribuito, oltre l'Italia, ventitrè Nazioni. S. E. Sanna-Randaccio portò l'adesione del Governo a questa apoteosi di un apostolo di pace e di giustizia superiore; frutto della sua dottrina è l'avviamento delle carceri a trasformarsi, da luoghi di punizione, in cliniche del delitto, e l'umanizzazione della giustizia penale; egli operò anche per la rigenerazione fisica e morale delle masse contadine dalla pellagra; nobile intelletto e nobile cuore, impresse orme incancellabili sul cammino della scienza e del diritto. Il prof. Heger Gilbert, rappresentante il Governo belga, ricordò che la sua Nazione sta realizzando una radicale riforma carceraria, seguendo le idee della scuola lombrosiana. Il prof. Balthazard, rappresentante l'Ac-

cademia di Medicina della Francia, inneggiò al genio italiano di Lombroso, che indicò alla giustizia umana nuovi orizzonti di verità e di utilità per la difesa sociale contro il delitto. Il prof. Jurcher, a nome delle Università svizzere, portò il saluto degli scienziati svizzeri ed esaltò la scuola lombrosiana, per la quale la giustizia penale dalla violenta vendetta si eleva a concetti di difesa sociale contro il delitto e di redenzione dei condannati. Il prof. De Asua portò l'omaggio delle Università spagnole. Da ultimo il sindaco pronunziò un discorso di ringraziamento ed augurò che una giustizia superiore regni tra gli uomini.

Si tenne poi un banchetto ufficiale, durante il quale furono pronunziati brevi discorsi, cui rispose, ringraziando per la famiglia, il prof. Ugo Lombroso.

Al «Teatro Nuovo» ebbe luogo la commemorazione ufficiale. Lette numerosissime adesioni — tra cui quelle di Max Nordau, Lacassagne, Murri, Loria, Mortara, Bonomi, Corbino, Anile, Rodinò, Rosadi, Tittoni, De Nicola, Teso, ecc. — il professor Antonini illustrò l'opera svolta da Lombroso per combattere e vincere la pellagra, e l'on. Enrico Ferri illustrò l'efficacia della sua opera nella difesa sociale contro il delitto.

Il Museo di traumatologia di guerra della Croce Rossa Italiana.

Il ten. col. med. prof. Giulio Salvi, delegato della Croce Rossa Italiana presso la II Armata, nell'ottobre 1915, coll'appoggio e l'incoraggiamento della Delegazione Generale della C. R. I. presso l'Esercito mobilitato, costituiva nella zona di guerra, e più precisamente a Schio e a S. Giorgio di Nogaro, dei laboratorii anatomici per preparare una raccolta di pezzi anatomo-patologici, illustranti la traumatologia di guerra, in relazione, sopratutto, con i nuovi mezzi di offesa.

Le suppellettili e gli strumenti furono prelevati, per cortese autorizzazione del Rettore, dall'Istituto anatomico della R. Università di Parma.

La raccolta fu possibile soltanto quando, con grandi difficoltà, si procedette al prelevamento diretto da parte del personale dell'Istituto, il quale, con appositi veicoli, eseguiva visite giornaliere alle Unità Sanitarie più avanzate, e specie alle Sezioni di Sanità, eseguendovi le necroscopie e riportandone i pezzi anatomici di maggior valore scientifico.

La raccolta è costituita da circa 1000 preparati: preparati a scheletro di lesioni delle ossa, preparati di ferite delle parti molli, preparati di ferite dei visceri e di tutti i sistemi organici del corpo.

Il Museo di traumatologia di guerra è stato ora donato alla R. Scuola di Applicazione di Sanità Militare di Firenze, per essere ivi definitivamente sistemato a scopo di insegnamento e di studio.

La C. R. I. non poteva compiere un omaggio più opportuno affidando al maggiore Istituto di studi medici del Corpo di Sanità Militare, questa preziosa raccolta che ricorderà ai futuri ufficiali medici, non solo la collaborazione della C. R. I. nei servizi sanitari del fronte, ma altresì l'opera di un valoroso ufficiale ed autorevole scienziato, il quale, pure in mezzo a gravi occupazioni e responsabilità, non dimenticò il suo amore allo studio e volle intraprendere fra pericoli e difficoltà d'ogni sorta, una documentazione delle ferite più importanti occorse nella recente guerra.

Si è spento a 72 anni il prof. ERMANNO EICHHORST, direttore della Clinica Medica dell'Università Cantonale di Zurigo. Era nativo di Königsberg (Prussia); a soli 27 anni fu nominato straordinario di dermosifilopatia e di pediatria a Jena; a 30 anni passava ordinario a Gottinga; nel 1884 fu chiamato a insegnare patologia medica e terapia a Zurigo, ove rimase poi ininterrottamente.

Il «Trattato di Semiotica Medica» e il «Trattato di Patologia Medica e di Terapia», nei quali consegnò una sicura esperienza personale e raccolse un vastissimo sapere dottrinario, ottennero il plauso di tutto il mondo medico; il secondo venne tradotto in molte lingue ed è reputatissimo tra noi.

Come altri clinici di valore, Eichhorst, assorbito dall'esercizio pratico e dall'insegnamento, non ha avuto campo di legare il suo nome a nessuna grande scoperta; ma egli è stato un lavoratore formidabile e un propulsore e lascia un'opera che resisterà al tempo.

L'esito della guerra aveva molto scosso la sua meravigliosa fibra. R. B.

È morto a Vienna, in età di 60 anni, il professore OTTO ZUCKERKANDI, straordinario di chirurgia in quella Facoltà medica, direttore del reparto chirurgico dell'Ospedale «Rothschild». Si dedicò dapprima all'anatomia ed all'istologia; poi divenne abilissimo operatore. Pubblicò un «Trattato di Urologia» (in collaborazione di Fritsch), e un «Atlante di Medicina operativa»; nel Trattato di Nothnagel redasse il capitolo sulle malattie della vescica; con Tandler aveva intrapreso uno studio completo dell'ipertrofia prostatica; lascia moltissime memorie in molti rami della chirurgia. D.

A Forlimpopoli, nella forte Romagna, è morto il 22 settembre il dott. ARCHIMEDE VERNOCCHI, per 36 anni medico condotto e ufficiale sanitario. Uomo integerrimo, funzionario scrupoloso, occupò anche varie cariche onorifiche nelle pubbliche amministrazioni. La sua dipartita è stata dolorosa per la città e per noi che assai lo apprezzavamo. Aveva 62 anni.

A. CHINIGÒ.

È morto, a S. Pellegrino, il comm. FELICE BISLERI, il quale aveva saputo creare un'industria farmaceutica imponente. Distribuì le ricchezze accumulate in opere di beneficenza: tra l'altro, al principio della guerra donò un Ospedale di 120 letti alla Sanità Militare. Aveva seguito Garibaldi in molte campagne ed era decorato al valore. Di

P. L.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Zeitschrift für Tuberkulose, agosto. — A. v. Wassermann, Neufeld. L'immunità nella tubercolosi.

Rivista di Clinica Pediatrica, giugno. — G. B. Savelli. Sul cranio a torre (ossicefalia).

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 31 lug. — L. Bolognini. L'ipodermoclisi ossigenata nella cura delle nevralgie.

Folia Medica, 15 luglio. — E. Romanelli. Il liquido di Ziehl nella cura dell'impetigine contagiosa. — 30 luglio. L. Maffeo. La prova dell'alizarina nell'espettorato per la diagnosi di tubercolosi. — E. Mazzei. Microttalmo congenito bilaterale.

The Journal of Nervous and Mental Disease, luglio. — H. de Jong. Limitazione e suddivisione dell'idiozia su base psicologico-comparata.

Acta Medica Scandinava, III. — K. Petren. Le artriti deformanti e altre affezioni articolari croniche. — F. Lindstedt. Eziologia e patogenesi della lombaggine e forme dolorose analoghe.

Spitalul, agosto-settembre. — Rascano. Ricerche fisiologiche sul morbo di Parkinson e sul parkinsonismo. — P. Tomesco. L'autoemoterapia nel prurito senile.

Annali di Medicina Navale e coloniale, luglio-ag. — M. Pidone e C. Fiorito. Sporotricosi cutanea. — E. Trocello. Il cianuro doppio di rame e potassio nella tubercolosi sperimentale. — P. Giacosa. L'influenza dell'America nella storia della medicina.

Archives des Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang, agosto. — Loygne. Sulla malattia di Hodgkin (granuloma maligno).

Jornal dos Clinicos, 15 agosto. — S. Boccanera. Megalosplenia con epatosclerosi atrofica nella malaria.

Revue Tunisienne des Sciences Médicales, agosto. — Masselot. Le febbri di natura indeterminata. — Ortona. Febbre sifilitica simulante la febbre mediterranea.

Paris Médical, 3 sett. — Numero sull'oftalmologia, l'oto-rino-laringologia e la stomatologia.

Journal des Praticiens, 3 sett. — N. Fissienger. Gli abusi del laboratorio.

Archivio di Antropologia Criminale, Psichiatria e Medicina Legale, maggio-giugno. — L. Lattes. La pericolosità criminale dal punto di vista medico-legale. — R. Romanese. Sulle ferite per arma da fuoco. — L. Borri. Catgut e tetano postoperatorio.

The Boston Medical and Surgical Journal, 25 agosto. — H. J. Hall. Il neurastenico d'alto grado.

La Riforma Medica, 3 sett. — A. Angeli. Dermofibromatosi pigmentaria.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 16 sett. — E. Kehrer. Tubercolosi e gravidanza.

Gazette des Hôpitaux, 10 sett. — A. Delahaye. Osteite fibrosa cistica localizzata alle ossa lunghe.

Rivista critica di Clinica Medica, 5 sett. — N. Niccolai. La sindrome di Unverricht (policlonia ed epilessia).

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXVIII — Roma, 17 Ottobre 1921 — Fasc. 42

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretta dal prof. A. FONTANA, incaricato.

Sull'impiego del metilato di sodio nella cura di alcune affezioni cutanee e veneree

del dott. PIER ANGELO MEINERI, assistente.

L'etilato di sodio (C_2H_5ONa) consigliato già da Gamberini nella cura della psoriasi, del lupus per le sue proprietà caustiche, ed ora specialmente usato per la distruzione dei condilomi acuminati è un alcoolato di difficile preparazione ed instabilissimo. Si ottiene per sostituzione dell'idrogeno alcoolico dell'alcool etilico con sodio, sciogliendo del sodio metallico in alcool etilico assoluto, secondo la seguente reazione: $2C_2H_5OH + 2Na = 2C_2H_5ONa + H_2$. La soluzione che si ottiene è di consistenza sciropposa, di colore giallognolo, con proprietà caustiche. Presenta però il grande svantaggio di perdere dopo poco tempo le sue proprietà in seguito ad un processo di ossidazione (formazione di aldeide) e rendersi così inservibile.

Per ovviare a questo inconveniente ho voluto sperimentare in alcune malattie cutanee il *metilato di sodio* consigliatomi e preparato dal chimico dott. Chiappero (al quale debbo pure queste note chimiche) per osservare se questo alcoolato presentasse accanto alla sua più grande stabilità eguali proprietà terapeutiche. Il metilato di sodio è analogo all'etilato e deriva dall'alcool metilico secondo la reazione: $2CH_3OH + 2Na = CH_3ONa + H_2$. Si prepara nel seguente modo: In un pallone munito di refrigerante a ricadere si tratta dell'alcool metilico assoluto (distillato e ridistillato su ossido di calcio) con pezzetti di sodio metallico che si introducono a poco a poco dalla sommità del refrigerante in modo da farli cadere nell'alcool contenuto nel pallone. La reazione avviene con sviluppo di calore e l'alcool che evapora ricade per raffreddamento nel pallone. Si continua ad aggiungere sodio fino a che cessi lo svolgimento di idrogeno e si ottiene così una soluzione sciropposa gialla di metilato di sodio in alcool metilico. Per riscaldamento ed in parte anche alla temperatura ambiente il metilato perde l'alcool di cristallizzazione e dà una polvere bianca della composizione CH_3ONa.

***

Ho usato il metilato di sodio in alcuni casi di lupus volgare, di verruche piane giovanili, di verruche volgari e di condilomi acuminati.

Mi sono sempre servito di una semplice bacchettina di legno del calibro di un zolfanello comune non troppo aguzza alle estremità e che intinta nel metilato di sodio portavo sulla affezione che volevo distruggere. È bene non rivestire l'estremità della bacchettina con ovatta perchè non assorba troppa quantità di liquido e non perda della sua esilità che è necessaria per far ben penetrare il metilato fra il tessuto che si vuole distruggere ed aiutarne la asportazione. Il metilato di sodio lasciato a sè stesso sui tessuti continua la sua azione distruttrice per molte ore dopo la sua applicazione, allargando così sui tessuti sani circostanti la causticazione, Si può eliminare questo inconveniente versando, appena ultimata la operazione, alcune goccie di cloroformio, che rendendo inattivo il metilato ne arresta la azione corrodente.

Ho trattato in tre casi alcune chiazze di *lupus volgare* situate su parti diverse del corpo, esclusa la faccia. Dato l'intenso bruciore provocato dal metilato è necessario praticare l'anestesia locale. Il tessuto luposo, subito sotto l'azione del caustico si spappola assumendo un colore nerastro e si lascia facilmente asportare. Insistendo poi con altro metilato si può portare la distruzione in tutte le anfrattuosità del tessuto e così ottenere una buona eliminazione di bacilli tubercolari.

L'escara che si forma è di colore scuro, molle, umidiccia e tenacemente aderente. Si stacca dopo più di una settimana lasciando allo scoperto una piaga che si colma ed epitelizza in poco tempo.

In due giovani donne ho causticate numerose *verruche piane* sul dorso delle mani. Il metilato messo a contatto colle verruche non corrode, ma appena si scalfisce un po' l'epidermide colla bacchettina, subito l'azione corrodente si inizia asportando tutta la lesione. Si forma un'escara aderentissima nera che dopo circa 15 giorni cade lasciando scoperta una piccola piaga che si colma con una cicatrice alquanto infossata.

Ho tentato pure la asportazione delle *verruche volgari* col metilato di sodio ma con poco risultato. Il metilato messo a contatto colla verruca non caustica, neppure facendo delle manovre col bastoncino di legno, data la durezza della vegetazione. Lasciando una goccia di metilato di sodio sulla sommità della verruca l'alcool evapora ed il metilato si deposita sotto forma di polvere bianca che non può causticare mancando del solvente.

Appena a contatto col metilato di sodio la parte epidermica dei *condilomi acuminati* subito annerisce e si spappola. La parte connettiva centrale più tenace resta come un piccolo ciuffetto che a contatto con altro metilato si corrode dopo pochi secondi. Per rendere la ablazione stabile è necessario insistere alquanto sulla base; si produce così una piccola ulcerazione che ripara con una cicatrice alquanto infossata. Sui condilomi acuminati diffusi a larga base con maggior difficoltà si riesce a distruggere completamente la radice e facilmente si possono avere recidive.

Concludendo posso dire che il metilato di sodio può per la sua stabilità ed il suo alto potere caustico essere utilmente impiegato in sostituzione dell'etilato di sodio, poco stabile; che la sua azione caustica può esser arrestata dal cloroformio; che nel lupus volgare può essere usato unitamente ai molti altri caustici già in uso; che nelle verruche piane giovanili riesce utile; che sulle verruche volgari non ha alcun effetto distruttivo; che nei condilomi acuminati trova la sua vera indicazione sopratutto nei condilomi piccoli ed isolati per la sua provata azione distruttrice.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI TOLENTINO.

Torsione spontanea del testicolo in un bambino di quindici mesi

Dott. GIROLAMO MATRONOLA
Chirurgo primario, direttore.

Credo opportuno trattare brevemente di un caso di torsione spontanea del testicolo, che ho avuto occasione di operare in un bambino di 15 mesi.

La torsione spontanea del testicolo, senza essere una malattia frequente, non è, però, tanto rara, e il Carraro, in una sua recente comunicazione sull'argomento alla Società Lombarda di scienze mediche e biologiche (17 dicembre 1920), calcola che i casi finora noti nella letteratura si aggirino ormai circa sul centinaio. Si tratta, però, in genere, di adolescenti, mentre l'importanza del caso che io riporto mi pare consista appunto nel fatto dello essersi l'affezione verificata in un piccino di appena quindici mesi.

E passo senz'altro alla storia e all'esposizione del caso clinico:

Il piccolino mi fu presentato il 13 aprile u. s. dal medico nel dubbio si trattasse di un'ernia strozzata.

La madre riferiva che il giorno innanzi nello sfasciare il bambino si era accorta di una tumefazione della regione inguino-scrotale sinistra.

Il bambino non dava a denotare sofferenze

speciali; piangeva solo se gli si toccava la regione tumefatta; ma continuava regolarmente le sue poppate, senza mai vomitare; l'alvo si manteneva normale. Soltanto la mattina del giorno 13 si era mostrato un po' più abbattuto e si nutriva con minore avidità.

Obiettivamente il bambino si presentava bene sviluppato e in condizioni generali buone. Temperatura 37°.3, polso regolare e di frequenza non aumentata.

Addome leggermente meteorico, trattabile in tutti i quadranti, indolente.

La regione inguino-scrotale sinistra si presentava tumefatta: la tumefazione era ovale, a direzione longitudinale, secondo l'asse dello scroto; cute distesa, ma non sotto tensione, leggermente arrossata.

Colla palpazione si poteva meglio delimitare la tumefazione, grande quanto un uovo di piccione, a superficie liscia, uniforme, di consistenza duro-fibrosa, irriducibile. Non si riuscì a percepire fluttuazione.

I limiti in basso erano bene netti, in alto meno esattamente apprezzabili, però non pareva continuarsi nell'interno del canale inguinale, ma fermarsi sovrapponendosi al davanti dell'orificio esterno.

Nella palpazione si doveva procedere con una certa delicatezza per non risvegliare eccessivo dolore nell'infermo.

La percussione dava suono ottuso.

Molti dati concorrevano a fare escludere una diagnosi di ernia strozzata: dati anamnestici e dati obiettivi.

Intanto, da quello che riferiva la madre, era da escludersi il bambino avesse in precedenza un'ernia riducibile, perchè la donna insisteva nel dire che il piccolo, prima della presente affezione, era ugualmente bene conformato da ambo le parti delle regioni inguinali.

Di più, nonostante della tumefazione si fossero accorti da più di trentasei ore e si fosse mantenuta irriducibile malgrado i tentativi ripetuti di taxis del medico, il bambino continuava a prendere le sue poppate e a vuotare regolarmente l'intestino.

Mancava il meteorismo notevole, il vomito che denotassero un ostacolo al circolo fecale; ma sopratutto la palpazione dava la sensazione di tale una consistenza dura come mai mi è occorso di sentire nelle ernie strozzate, anche se omentali.

Eclusi, perciò, l'ernia, ma confesso di non esser riuscito ad una diagnosi precisa; immaginai qualche cosa a carico del testicolo o della vaginale, ma non seppi definire precisamente di che si trattasse.

Mi decisi ad un'incisione esplorativa per bene mettere in luce la diagnosi, tanto più che altri colleghi, un chirurgo compreso, insistevano per la diagnosi di ernia strozzata.

Sotto narcosi cloroformica incisi sulla tumefazione dallo scroto fin nella regione inguinale. Attraversati gli strati delle borse si presentò un tessuto di aspetto biancastro, edematoso, spesso circa mezzo centimetro, limitante una cavità, dalla quale uscì del liquido di colorito ematico scuro; in essa contemporaneamente si rendeva visibile un corpo di colorito nerastro che lì per lì mi fece credere veramente avessi errato nella mia diagnosi e che fossi in presenza di un'ansa intestinale gangrenata nell'interno della vaginale, per ernia congenita strozzata.

Allargata l'incisione mi accorsi di essere sì nell'interno della vaginale, ma che il corpicciuolo nerastro non era altro che il testicolo. Esso era completamente libero nell'interno della vaginale ed era attaccato al funicolo per un tenue peduncolo che si presentava particolarmente strozzato in un punto, ov'era più volte attorto su sè stesso, tanto che stava quasi per staccarsi.

Ritenni inutile tentare una detorsione e per le condizioni del testicolo e perchè il punto torto del funicolo era così serrato da non permettere più una detorsione.

Posi un laccio al di sopra del punto ristretto ed asportai il testicolo. Pochi punti di avvicinamento alla vaginale, della quale non potei oblitare la cavità con un «capitonnage» per la sua friabilità che rendeva impossibile la formazione di pieghe. Lasciai, allora, nel suo interno un piccolo stuello di garza, in considerazione anche della temperatura leggerme febbrile del bambino e suturai tutto il resto per prima intenzione. Il decorso postoperatorio fu ideale; lo stuellino fu tolto al secondo giorno, i punti al quinto. Il bambino stette sempre bene e guarì normalmente.

Il caso, come ho già detto, presenta la sua maggiore importanza per l'età nella quale si è verificato; però alcuni particolari di esso è giusto sieno messi in rilievo.

Intanto la torsione è avvenuta in un testicolo che aveva compiuto normalmente la sua discesa nello scroto, fatto che, secondo il Carraro, risulta dalle statistiche accadere in circa metà dei casi, perchè l'altra metà interessa testicoli ectopici.

Nei riguardi della patogenesi credo si debba trovare la disposizione al male nel fatto che il testicolo, sprovvisto di meso, era completamente libero nella vaginale. E questo d'accordo con quanto è già stato constatato da altri per alcuni casi nei quali, come il nostro, la torsione avviene nell'interno della vaginale.

Ma un'altra particolarità clinica degna di nota è data dal fatto di non essersi mostrati in modo evidente accessi dolorosi sotto forma di coliche con disturbi riflessi a carico del tubo digerente, che tanto contribuiscono ad orientare il medico verso la diagnosi di ernia strozzata.

Sarebbe stata possibile in questo caso una diagnosi esatta? Certo se nonostante la rarità dell'affezione, specialmente in un piccolino di pochi mesi, la mia mente fosse stata indotta a pensare a questa malattia, essa poteva entrare fra le possibilità diagnostiche. Ma, esclusa l'ernia strozzata, con quali elementi si poteva escludere in modo sicuro un'orchite? Forse la puntura esplorativa avrebbe potuto dare qualche luce, mostrando un liquido ematico. Ma io credo che la torsione

del testicolo sia destinata ancora, nella maggior parte dei casi, ad essere diagnosticata all'atto operativo, perchè più facilmente si è portati a diagnosi di malattie più frequenti, quali l'orchite o l'ernia strozzata, in particolar modo a quest'ultima quando si tratti di testicolo ritenuto.

Per la cura ho già detto che nel caso mio si imponeva la castrazione perchè il testicolo ormai era in necrosi e la temperatura febbrile e l'edema della vaginale potevano far temere complicanze settiche. Però è certo che a intervento più precoce, a testicolo ancora vitale conviene la detorsione dell'organo e la sua fissazione, per evitare le recidive.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI ROMA.
(Direttore: Prof. R. ALESSANDRI).

L'osteo-condrite deformante dell'anca.
(Malattia di Legg - Calvé - Perthes).

Dott. ANGELO CHIASSERINI, assistente e docente.

Di tutte le malattie dell'apparato scheletrico l'osteo-condrite deformante giovanile dell'anca è certamente quella che oggi è più discussa.

Si tratta di una malattia, sino a pochi anni fa confusa con altre affezioni dell'anca, specialmente con la coxite tubercolare, con l'artrite deformante, con la coxa vara.

Fu primo Legg a intravvedere che un gruppo di casi, per i suoi caratteri clinici, e per il decorso, assumeva una fisionomia speciale. E nel giugno 1909 riferiva dinanzi all'« American Orthopedic Association » su 5 di tali casi, che egli poi pubblicò (1910) sotto il titolo di « An obscure affection of the hip joint », cioè « Un'affezione oscura dell'articolazione dell'anca ».

I principali caratteri, per cui Legg si era indotto a fare un gruppo a parte dei casi da lui comunicati, erano: l'età dei pazienti (dai 5 agli otto anni); la esistenza di un trauma nell'anamnesi; la claudicazione; l'ispessimento dei tessuti intorno al collo del femore; l'assenza di dolore; l'assenza di sintomi generali; l'assenza o quasi della contrattura; il non accorciamento; la tipicità dei radiogrammi.

Egli suppose che il trauma fosse causa di un parziale arresto del circolo nell'epifisi superiore del femore, per il quale la testa (meno vascolarizzata) si sarebbe atrofizzata e il collo femorale ispessito.

Legg, esaminando la recente letteratura, notava che alcuni AA. fra cui Maydl, Mueller, Brunn, Zesas, Freiberg, ecc., avevano descritto fin dal 1904-905, insieme con alcuni casi di artrite deformante giovanile o di coxa vara, altri che certamente appartenevano alla malattia da lui distinta.

Waldenstroem nel 1909 sotto il nome di « Der obere Tuberkulose Collumherd » descriveva certamente la stessa affezione: ed in seguito si schierava tra quelli che rivendicano la priorità nello studio della malattia di cui ci occupiamo, quantunque egli la considerasse come un'affezione tubercolare. Casi analoghi sono quelli di Sinding-Larsen e di Forssell.

Circa un anno dopo la comunicazione fatta da Legg, e cioè nel luglio 1910, J. Calvé, analizzando 500 casi di coxalgia, ne distingue 10, che egli chiama di « pseudo-coxalgia », le cui caratteristiche etiologiche e cliniche si accordano con quelle descritte da Legg. Egli dà però minore importanza ai traumi, come agenti etiologici, e maggiore al rachitismo; e così si esprime: « ... l'irritazione meccanica, che segue nel corso di questa deformità, crea forse un *locus minoris resistentiae*, un punto di richiamo per quelle leggere infezioni, causa di artrite subacuta o cronica, non specifica, quale ho descritto a proposito della difficoltà di diagnosi nella coxalgia iniziale »; e più oltre: « ... mi sembra impossibile trarre attualmente delle conclusioni.... Abbiamo solo voluto descrivere un tipo clinico di artrite dell'anca, che non corrisponde a quelli finora descritti, e che sin qua è stato preso per tubercolosi dell'anca ».

Quasi contemporaneamente Sourdat, nel suo studio radiografico sulle coxiti, richiamò l'attenzione su 9 casi nei quali « lo spazio articolare era allargato, l'epifisi appiattita, il collo del femore ispessito e in posizione di varo ». Con Calvé ammette l'esistenza di sintomi di rachitismo a carico del femore.

Nel 1913 compare il classico lavoro di Perthes, nel quale è dato il nome di « Osteochondritis deformans juvenilis » alla malattia descritta per primo da J. Legg, e caratterizzata da una... « durch subckondrale Destructionherde bedingten, im Laufe von Jahren sich vollziehenden eigenartigen Schwund der oberen Femurepiphyse ». Casi di questo tipo, egli dice, sono stati descritti non raramente negli ultimi anni sotto il nome di artrite deformante giovanile, e da lui stesso nel 1910.

Dopo il lavoro di Perthes definito da Legg « the strongest discussion of the subject yet presented... », compaiono fra i principali quello di Schwartz (1913), assistente di Perthes, che si occupa più specialmente del quadro anatomo-patologico della malattia; di Brandes (1914) che espone 10 casi seguendo le direttive

di Perthes; di Delitala (1915) corredato di 8 casi clinici, e finalmente un secondo e grande contributo di J. Legg (1916).

In questa sua seconda memoria, dopo aver riassunto lo stato della questione sino a quel tempo, riferisce 55 casi personali, e propone di chiamare la malattia « Osteochondral trophopathy of the hip joint ».

Quello di Legg è certamente il più grande contributo alla illustrazione clinica della malattia.

In questi ultimi due anni numerose brevi memorie, alcune di ordine polemico, sono comparse sull'argomento, specialmente nel *Zentralblatt für Chirurgie*. Appartengono, per citare alcuni nomi, a Perthes, Fromme, Brandes, Sandt, Waldenstroem, Frangenheim, Kreuter, Levy, Wideröe, ecc.

Alcuni di essi si domandano quale nome debba esser dato alla malattia. Volendo chiamarla dal nome dell'autore, che per primo la descrisse, come malattia a sè, dovrebbe evidentemente esser detta « Malattia di Legg ». Tenendo conto però che anche Calvé, senza conoscere il lavoro di Legg, la differenziò dalla coxite, e che Perthes ne dette la prima descrizione completa e il primo quadro anatomo-patologico, la si può anche chiamare « Malattia di Legg-Calvé-Perthes ».

Questa nomenclatura personale, che è poi una questione di priorità, ha dato luogo a recenti polemiche.

Il nome però, datole da Perthes di « Osteochondritis deformante juvenili » dell'anca è quello che ha avuto maggior fortuna, nonostante l'opposizione e le critiche di molti autori, cui accenneremo trattando della patogenesi della malattia.

Etiologia. — La malattia, pur non essendo frequente, non è però eccezionale. La sua rarità dipende certamente anche da che essa è spesso confusa con altre affezioni, specialmente con la coxite. Non ostante ciò le osservazioni singole si sono moltiplicate in questi ultimi anni, e molti autori ne hanno ciascuno pubblicati parecchi casi: 28 Perthes, 10 Calvé, 9 Sourdat, 10 Brandes, 8 Delitala, 55 Legg.

S'inizia nella fanciullezza: fra i 5 e i 10 anni (Perthes), fra i 2 e i 12 anni (Legg).

Colpisce prevalentemente i maschi.

Su 50 casi raccolti da Delitala 40 erano ragazzi. E più dettagliatamente osserviamo i seguenti rapporti: 9 maschi su 1 femmina (Legg); 7 su 3 (Brandes); 20 su 8 (Perthes); 4 su 1 (Waldenstroem); 4 su 1 (Calvé); 8 su 0 (Delitala).

L'affezione è di solito unilaterale, ma può essere anche bilaterale.

Nell'anamnesi dei piccoli pazienti si riscontra spesso l'esistenza di un trauma. A questo proposito Legg distingue i suoi casi in tre gruppi: 1° quelli consecutivi ad un trauma (« cases of known trauma »); 2° quelli in cui non era preceduto un trauma (« negative cases »); 3° quelli consecutivi e riduzione di lussazione congenita dell'anca (« cases of operative trauma »). A quest'ultimo gruppo appartenevano solo pazienti di sesso femminile.

Si può dire che la suddivisione di Legg si adatti anche ai casi pubblicati da altri autori, quantunque non pochi tendano oggi a negare ogni importanza, in questa malattia, al fattore traumatico. I traumi del resto sono spesso assai tenui: salto da breve altezza (un metro), divaricamento improvviso degli arti inferiori, caduta durante esercizi di skating, ecc.

Nella maggior parte dei casi di osteo-condrite deformante i pazienti non hanno avuto malattie pregresse, e sono in buone condizioni generali. Si citano però dei casi in cui erano precedute leggere infezioni generali (Perthes), una broncopolmon. (Delitala); o esistevano sintomi di rachitismo (Calvé), o di ipotiroidismo (Rolls, Brandes, Läwean), o di distrofia adiposo-genitale (Erkes). Talora la malattia ha un carattere familiare (casi di Calvé, Eden, Levy-Küttner, Brandes, Schwartz, Perthes). Nel caso di Nieber il paziente affetto da osteo-condrite deformante era figlio di una donna, la quale aveva avuto una lussazione congenita dell'anca.

L'osteo-condrite è stata osservata non solo dopo la riduzione di una lussazione congenita dell'anca, ma anche dal lato opposto a quello della lussazione.

Recentemente Fromme ha descritto alterazioni, analoghe a quelle dell'osteo-condrite dell'anca, nella testa del 2° metatarso.

Sintomatologia. — Il sintoma che per primo richiama l'attenzione dei genitori, e li induce a richiedere il consiglio medico è la *claudicazione*. L'andatura, secondo Perthes, rassomiglia a quella della lussazione congenita dell'anca.

Legg così riassume gli altri sintomi:

1° Prominenza trocanterica dal lato malato nella stazione eretta, visibile e palpabile.

2° Limitazione di alcuni movimenti: principalmente dell'abduzione, muco della rotazione interna. Flessione normale.

3° Assenza di crepitazione.

4° Ispessimento capsulare intorno al collo del femore.

5° Lieve atrofia muscolare dell'arto malato.

6° Dolore, subiettivo o provocato, scarso o assente.

7° Contrattura di solito assente o appena accennata.

8° Trocantere un po' sopra la linea di Roser-Nélaton.

9° Sintoma di Trendelenburg di solito positivo.

10° Lunghezza uguale dei due arti, eccezionalmente accorciamento o allungamento dell'arto malato.

11° Reazione di v. Pirquet negativa; pure negativi la WR. e la reazione alla luetina.

12° Anamnesi familiare e personale in genere negativa.

13° Non segni di rachitismo.

14° Durata della malattia da sei mesi ad un anno.

15° Aspetto radiografico caratteristico.

Colpisce, dice Perthes, il quadro clinico per la sconcordanza fra l'abolita abduzione, la flessione normale, la claudicazione e l'indolorabilità alla pressione.

In soli due casi Perthes notò uno scroscio durante il movimento di flessione della coscia, ma di breve durata e non paragonabile agli sfregamenti propri dell'artrite deformante.

« La claudicazione è (secondo Delitala) in diretta dipendenza con la insufficenza dei muscoli pelvi-trocanterici e l'innalzamento del gran trocantere, che cagionano una insufficenza abduttoria dell'anca; sia con l'accorciamento dell'arto ».

L'accorciamento (talora di 2-3 cm.) dipende probabilmente dal varismo del collo femorale.

La sporgenza del gran trocantere dal lato malato è in rapporto con l'atrofia dei glutei.

La forte limitazione dell'abduzione, che contrasta con la normalità del movimento di flessione, dipende, secondo Perthes e Brandes, principalmente dallo spasmo degli adduttori. Perthes invero, in una bambina di 9 anni, con osteocondrite deformante, in cui l'abduzione era abolita, riuscì sotto narcosi ad abdurre l'arto di metà della normale estensione del movimento. Legg crede che la limitazione dell'abduzione sia in primo tempo d'origine muscolare (spasmo degli adduttori), dipenda in seguito dalle deformazioni dell'epifisi femorale superiore. Delitala, avendo osservato il ripristino, dopo due o tre anni dall'inizio della malattia, del movimento d'abduzione crede che « ...non restino estranei alla limitazione di movimento la capsula e i suoi legamenti di rinforzo ».

Il sintoma di Trendelenburg sembra essere costante, ed in rapporto con l'atrofia dei glutei.

L'aspetto radiografico è caratteristico. Ecco come lo descrive Perthes: « Si osserva sempre un appiattimento dell'epifisi femorale superiore e una deformazione della testa, che negli stadi ulteriori può raggiungere gradi notevoli. All'inizio della malattia si osservano nell'interno dell'epifisi dei focolai di rarefazione o dei difetti nel tessuto osseo. Nelle radiografie della testa femorale si notano delle macchie più chiare o dei difetti completi d'ombra, situati tra superficie della testa e linea epifisaria.

... Quando questi focolai di distruzione ossea raggiungono una più grande superfice, la testa femorale appare frammentata in due o più parti. Il resto della testa mostra spesso una densità maggiore del normale, così da doversi ammettere una speciale ricchezza di calcio. Accompagna questo processo di rarefazione a focolaio una notevole riduzione di altezza dell'epifisi. Evidentemente l'epifisi non più sufficentemente resistente si è schiacciata sotto il peso del corpo. Di solito si osserva un allargamento dell'epifisi... La normale linea rotondeggiante della testa va così perduta. Essa assume a un dipresso un decorso orizzontale o spiovente leggermente verso l'interno, ma non raramente mostra delle depressioni verso il centro. Mentre nei primi stadi della malattia la linea epifisaria non appare röntgenologicamente alterata, si trova, in casi avanzati, come spezzettata, in alcuni punti sostituita da tessuto osseo, in altri allargantesi in zone chiare che si continuano con i tratti di rarefazione della testa.

Anche il collo del femore può, quantunque in modo secondario, prender parte al processo. Si trovano negli angoli superiore ed esterno del collo delle parti chiare, nelle quali la normale struttura ossea è andata perduta.... ».

In alcuni casi fu osservato un ingrossamento del gran trocantere.

L'acetabolo in molti casi non sembra alterato. Più tardi dimostra modificazioni, corrispondenti a quelle del collo e della testa deformati.

La fessura articolare appare fortemente ingrandita.

Delitala descrive, in alcuni casi avanzati, due o tre focolai di rarefazione, delle dimensioni di un pisello, situati nella porzione ischiatica postero-mediale del bacino.

Legg dà pure come tipici l'atrofia e l'appiattimento della testa femorale, che, a seconda della deformazione egli chiama a berretto (« cap deformity ») o a fungo (« mushroom shape »). La deformazione a berretto si avrebbe quando nel nucleo cefalico si alternano zone di rarefazione con zone di ossificazione normale (« bony islands »); quella a fungo quando il processo di rarefazione è più uniforme. Si osserva

anche un ispessimento del collo, probabilmente di origine periostea, più notevole sulla sua faccia inferiore; da ciò l'aspetto di coxa vara, Non raramente si trovano aree di rarefazione anche sull'estremo superiore della diafisi femorale.

Wideröe ha osservato in un caso dei processi di rarefazione nel collo del femore e delle zone di maggiore densità (tratti in necrosi) nella testa.

Per ciò che riguarda la *evoluzione della malattia*, si osserva che alla abolizione del movimento di abduzione della coscia e alla diminuita intrarotazione, succede nello spazio di qualche mese, talora di 1-2 anni, un miglioramento e poi il ripristino completo o quasi di tali movimenti. Nonostante questo i processi di distruzione della testa femorale sembrano essere progressivi durante il primo anno. Nei radiogrammi successivi si osserva anche più evidentemente che « le parti laterali della testa o delle sue parti residue sporgono sotto il ciglio cotiloideo superiore verso l'esterno e lateralmente.... Da ciò anche la maggiore sporgenza della regione trocanterica, osservabile clinicamente » (Perthes). In un periodo avanzato della malattia, secondo Delitala, « l'estremità superiore del femore più tozza e più grossa che dal lato sano, ripete imperfettamente la forma di un cuneo, che si impianta nel cotile... il quale si svasa, per accogliere la testa femorale, ma non presenta formazioni osteofitiche ».

Quanto agli altri sintomi, il fenomeno di Trendelenburg scompare tardivamente; la claudicazione può durare anche 2-4 anni, ma poi essa pure scompare.

Dolori spontanei, osservati in alcuni pochi casi, furono solo transitori.

In conclusione la malattia, clinicamente si può dividere in due periodi: un primo periodo di progressione dei sintomi, ed un secondo di regressione. L'esito è la guarigione (quantunque Brandes faccia in proposito qualche riserva), con permanenza talora di una limitazione lieve dell'abduzione.

Diagnosi. — L'aggruppamento dei sintomi, e sopratutto il decorso dell'affezione, differenziano l'osteo-condrite deformante da altre malattie dell'anca.

Essa è stata lungamente confusa con l'osteoartrite deformante giovanile, e lo stesso Perthes pubblicava sotto questo titolo i suoi primi casi di osteo-condrite deformante. Il quadro radiologico delle due affezioni è molto simile.

I principali caratteri differenziali sono: la *crepitazione* costante nell'artrite deformante, assente nell'osteo-condrite; il *carattere progressivo* delle alterazioni dell'artrite deformante, il cui esito è la rigidità dell'anca, mentre nell'osteo-condrite, non ostante le deformazioni della testa femorale, la mobilità resta completa o quasi; i *dolori* e la *claudicazione* persistenti nell'artrite deformante.

Con la *coxite* la diagnosi è più facile, se non all'inizio, per il decorso successivo del male; si terrà conto del sintoma « dolore », della limitazione progressiva dei movimenti, dell'esame radiografico, delle condizioni generali, della reazione tubercolinica a focolaio.

L'accorciamento dell'arto e l'elevazione del gran trocantere sono più pronunciati nella *coxa vara infantile;* spesso però la diagnosi si fa solo con l'esame radiologico.

Più facili a differenziare saranno le forme di reumatismo acuto o subacuto dell'anca, e l'osteomielite.

Anatomia patologica. — L'esame anatomopatologico, carta di riconoscimento delle malattie, si è basato fino ad oggi su di un solo documento, fornitoci anch'esso da Perthes. Si trattava di un ragazzo di 9 anni, nel quale i primi sintomi della malattia si erano manifestati due anni prima. Fu operato di resezione cuneiforme della testa del femore, per « chiarire la natura del processo morboso.... per asportare il focolaio limitato alla testa, se si fosse trattato di tubercolosi; e, se tubercolosi non fosse stata, per togliere l'ostacolo al movimento di abduzione ». Perthes, evidentemente faceva varie possibilità, e, a seconda di esse si proponeva scopi diversi!

In ogni modo il reperto anatomico è molto interessante. Nell'articolazione fu trovata una piccola quantità di liquido sieroso; la sinoviale (di cui fu asportato un frammento) appariva normale. La cartilagine articolare era liscia e di colorito normale. La testa del femore profondamente deformata; perduti i contorni rotondi, essa appariva schiacciata, con un infossamento verso il centro; la consistenza dura.

L'esame del frammento cuneiforme di testa femorale escisso dimostrava lo spessore uniforme della cartilagine articolare. Nel tessuto osseo sottostante si trovavano numerose isole cartilaginee, una delle quali era unita alla cartilagine articolare da un peduncolo sottile. Fra di esse si notavano travate di osso normale, racchiudenti grandi cavità piene di midollo giallo. Nessuna traccia d'infiltrazione flogistica. Queste isole cartilaginee erano troppo vicine alla cartilagine articolare per essere considerate come derivanti dalla cartilagine di coniugazione. Probabilmente, secondo Perthes, si trattava di una neoformazione cartilaginea.

La conclusione principale, che Perthes trae

dall'esame di questo preparato anatomico, si è che nell'osteo-condrite deformante si tratta di un processo subcondrale, mentre la cartilagine articolare è normale. Altrimenti avviene nell'artrite deformante, in cui se si possono avere processi sottocondrali, quali metamorfosi fibrose del tessuto osseo e midollare dell'epifisi, le alterazioni della cartilagine articolare (difetti cartilaginei, fascicolazione, ecc.) sono costanti.

Questi dati anatomici sarebbero una conferma della diversa sintomatologia delle due entità morbose. D'altra parte vedremo che in questi ultimi tempi si tende a far rientrare l'osteocondrite deformante nel quadro dell'artrite deformante giovanile.

Pommer ad esempio, nel suo profondo lavoro sull'artrite deformante, descrive negli stadi iniziali della malattia lesioni anatomiche del tutto analoghe a quelle dell'osteo-condrite deformante. La stessa normalità della cartilagine articolare nell'osteo-condrite, nota differenziale caratteristica secondo Perthes e Legg, è negata recentemente da Kreuter (1920) sulla base di preparati anatomici raccolti nell'Istituto di Patologia di Innsbruck.

Patogenesi. — L'essenza della malattia è stata indagata in numerosi lavori, e non è per anco chiarita.

Abbiamo già accennato che Legg dà grande importanza ai traumi nella etiologia di questa affezione: tale supposizione sarebbe convalidata direttamente dalla esistenza assai frequente di tale momento etiologico nella storia dei malati, indirettamente dal fatto che la maggior parte dei pazienti è data da maschi; l'insorgenza poi della malattia dopo riduzione di una lussazione congenita rafforza ancora una tale ipotesi. Il trauma, secondo Legg, agirebbe interrompendo alcune delle ramificazioni vascolari, che irrorano l'epifisi. La vascolarizzazione del collo e della testa del femore, secondo le ricerche di Lexer prima, poi di Waldenstroem è stabilita: *a*) da un ramo che, penetrato nella parte superiore del gran trocantene, irrora la parte superiore del collo, e invia una collaterale alla testa del femore; *b*) da un ramo che si distribuisce alla parte inferiore del collo; *c*) da un ramoscello per la porzione inferiore della testa; *d*) da un altro vasellino, che passa per il legamento rotondo.

Un trauma potrebbe con facilità interrompere una delle poche vie vascolari, che vanno alla testa del femore, donde disturbi nel metabolismo del calcio di questo tratto di osso. Legg ha anche studiato sperimentalmente l'effetto di interruzioni vascolari sul metabolismo del calcio nelle ossa degli animali.

Appare da questo che il meccanismo patogenetico, concepito da Legg, è piuttosto di indole generale. Esso non dà una spiegazione convincente delle speciali alterazioni del collo e della testa del femore, e della loro evoluzione.

Anche Schwarz, Perthes, Axhausen, Meisel dànno grande importanza nella patogenesi dell'affezione a interruzioni vascolari. Le quali però più che a traumi, che spesso, o non esistono, o sono di lieve entità, sarebbero riferibili a processi embolici. Perthes crede anzi di vedere in ciò un'analogia fra l'osteo-condrite deformante dell'anca e l'osteo-condrite dissecante del ginocchio descritta da Ludloff.

Tali processi embolici potrebbero anche essere, in qualche caso, di natura batterica, dato che l'affezione si è vista talora insorgere dopo malattie infettive. Certo è però che essa non è per sè di natura flogistica. Ciò dice chiaramente lo stesso Perthes. Egli ha chiamato « osteocondrite » la malattia, solo perchè il processo è a carico dell'osso e della cartilagine, senza voler dare alla desinenza in « ite » il consueto significato. Di ciò gli è stato fatto rimprovero.

Nessuno ammette più oggi che l'osteo-condrite abbia a che fare con la tubercolosi. Lo stesso Waldenstroem, che aveva descritto i suoi primi casi come focolai tubercolari della parte superiore del collo (*obere Collumherden*) si è ricreduto. Questi, poichè fino ad oggi s'ignora la causa della malattia, propone, data la deformità che ne segue, di chiamarla *coxa plana*. Dello stesso avviso è Calvé. Mentre Lewy, sino dal 1911 l'aveva detta *coxa vara capitalis*, considerandola come una varietà di *coxa vara*. Perthes fa però notare che negli stadî iniziali dell'osteo-condrite non si ha alcuna deformazione in varo, ma solo un appiattimento del nucleo cefalico. Anche Delitala ammette un intimo rapporto fra *coxa vara* infantile ed osteocondrite: in ambedue l'essenza del processo sarebbe data da un disturbo e un parziale arresto della ossificazione encondrale; ma mentre nella *coxa vara* la sola cartilagine di coniugazione è lesa, o spostata in basso, nell'osteo-condrite anche il nucleo cefalico è sede di alterazioni.

Per Delitala la causa di questa non va ricercata nè in processi infettivi, nè in cause traumatiche, nè nel rachitismo, ma forse in un disturbo precoce congenito dell'organo epifisario di accrescimento.

Altri Autori invece, e principalmente Fromme, tornano oggi a sostenere la primitiva idea di Calvé, che a base della malattia stieno alterazioni di ordine rachitico. Secondo Fromme numerose cause (trauma, alterazioni circolatorie, flogosi) possono disturbare il normale processo di ossificazione dell'epifisi, quando esi-

stano momenti predisponenti. Tali momenti sono rappresentati o dal rachitismo precoce, o da quello tardivo, che, secondo le ricerche anatomo-patologiche di Schworl, sarebbe assai frequente. Fromme, al pari di Kreuter, di Frangenheim e altri, ammette che l'osteo-condrite deformante appartenga allo stesso gruppo dell'artrite deformante giovanile. Anche Bargellini comprende nell'osteo-artrite deformante giovanile dell'anca casi di osteo-condrite. Le stesse alterazioni di accrescimento si manifesterebbero con alterazioni anatomiche e cliniche diverse a seconda dell'epoca in cui si verificano.

La *prognosi* è favorevole.

Cura: La malattia tende, dopo un periodo di evoluzione, alla guarigione spontanea; e ciò indipendentemente dai soccorsi terapeutici. L'immobilizzazione può essere utile per calmare i dolori, quando esistono, ma non deve essere prolungata, per non accrescere l'atrofia dei muscoli. L attitudine in adduzione, quando esiste, può essere combattuta con l'estensione continua o con il raddrizzamento sotto narcosi. Utile riesce anche il massaggio.

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA.

1. ADLER. 44 Versamml. d. Deut. Gesell. f. Chir. Aprile 1920.
2. AXHAUSEN. Ibidem.
3. BARGELLINI. Arch. di Ortopedia, n. 1, 1920.
4. BRANDES. 44 Versamml. d. Deut. Gesell. f. Chir. Aprile 1920.
5. CALVÉ. La Presse Médic., n. 39, 1921.
6. DELITALA. Riv. di Clin. Pediatrica, n. 6, 1915.
7. ERKES. 44 Versamml. d. Deut. Gesell. f. Chir. Aprile 1920.
8. FRANGENHEIM. Z. f. Chir., n. 31, 1920.
9. FROMME. 44 Versamml. d. Deut. Gesell. f. Chir. Aprile 1920.
10. FROMME. Z. f. Chir., n. 5, 1921.
11. KREUTER. Ibidem, n. 38, 1920.
12. LEGG. Surg., Gynec. a. Obstetr., 1916.
13. LEVY. Z. f. Chir., n. 44, 1920.
14. MEISEL. 44 Versamml. d. Deut. Gesell. f. Chir. Aprile 1920.
15. PERTHES. Archiv. f. Chir., Bd. 101, H. 3 (1913).
16. PERTHES. 44 Versamml. d. Deut. Gesell. f. Chir. Aprile 1920.
17. PERTHES. Z. f. Chir., 29 maggio 1920.
18. PERTHES. Ibidem, n. 6, 1920.
19. SUNDT. Ibidem, 1920, n. 22.
20. WIDEROE. Ibidem, n. 5, 1921.
21. WALDEUSTROEM. Ibidem, 1920, n. 22.

COMMENTI.

Prostituzione ed abolizionismo. (*)

Tra l'inibizione della volontà individuale, considerando anche la donna come oggetto di piacere e la abolizione delle leggi sulla Prostituzione, c'è di mezzo tutta una concezione etica del diritto pubblico e di quello privato.

Chi insiste sulle leggi coercitive della Prostituzione per salvaguardare la salute pubblica ha ragioni da vendere. Non sono forse le malattie luetiche terribili malattie infettive, che non solamente hanno malefica influenza sull'individuo ma ancora sulla specie?

E perchè dunque con leggi speciali anche coercitive non ci dobbiamo difendere da queste malattie? *Salus publica suprema lex esto!*

Chi dall'altra parte insiste sull'abolizione delle leggi della Prostituzione ha ragioni ad iosa, e avendo considerazione al concetto etico del diritto privato e sopratutto ai concetti umanitari!

Certamente sino a che la contesa si dibatte così rigidamente nessuno potrà trovare la giusta via, imbattendosi o nel concetto illecito, ma legale, che moralmente e materialmente dimezza ed abbrutisce l'individuo, sembrando anche che la stessa legge non solo permetta ma si faccia garante dei mercanti di Venere; o nel concetto illecito, ma vero, di una malintesa libertà per cui il pericolo della salute pubblica e della degenerazione della specie è imminente e permanente!

In questo ginepraio di difficoltà credo che non vi sia un uomo così pratico e così sapientemente giuridico, che possa sciogliere il nodo gordiano, che da secoli travaglia e civiltà ad animi di filantropi.

Stimo che la giusta via, come in molti argomenti d'indole sociale, che si riflettono contemporaneamente nel dritto pubblico e nel privato, sia da farla percorrere alla scuola, destinata a formare la coscienza del cittadino.

L'istruzione inferiore specialmente deve essere una funzione principale dello Stato, specie quando in un Paese non si ha il beneficio della larga carità privata o quando questa, per malintesa fede o per gretti fini di ordine pubblico, viene stupidamente distolta o dispersa (le centinaia di migliaia di lire che nel nostro Paese si spendono in *mortaretti* o in esteriorità pagane del culto; mentre gli ospedali deperiscono o sono la negazione del luogo di cura!).

L'istruzione inferiore formi il cittadino, che deve sapere al bisogno difendere la sua Patria e custodire la sua salute. Ecco il secreto:

(*) Vedi fasc. 28, p. 967, e fasc. 32, p. 1073.

istruire, iniziare alla vita, elevando l'animo e fortificando il corpo.

Tutto un programma! tutto un divenire!

Basta visitare la Scuola per giudicare la civiltà di un popolo! ed è così che appunto nei paesi ove la Scuola è intesa come alta funzione di Stato ed è tenuta in modo congruo alla civiltà ed ai prestigio umano, anche il pericolo delle malattie luetiche è minimo in confronto con gli altri paesi ove la Scuola è mal curata o trascurata!

Prof. dott. MARIO BATTAGLIA
Napoli - Corso Vittorio Em., 665.

Dalla Campagna di Puglia (Grottaglie Lecce), il 20 settembre 1921.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Il fenomeno degli occhi di bambola.

Dissociazione fra i movimenti di flessione del capo ed abbassamento dello sguardo, di estensione del capo ed innalzamento dello sguardo.

O. Cantelli (*Riforma medica*, n. 37, 1921), avendo avuto occasione di riscontrare due volte fra i postumi di encefalite letargica l'inversione del fatto fisiologico, vale a dire: l'innalzamento dello sguardo durante la flessione del capo e l'abbassamento dei globi oculari durante l'estensione di esso, quantunque non possa presentare reperti istologici, ha cercato tuttavia di studiare il fenomeno nella sua essenza e di precisarne le condizioni per le quali esso si forma. Dà, innanzi tutto, ragione della dicitura: «*Il fenomeno degli occhi di bambola*» in quanto che esso produce, in chi l'osserva, l'impressione appunto che si ha vedendo il roteare automatico degli occhi in una bambola quando le si cambi di posizione; quando ad es. la si passi dalla posizione eretta in quella orizzontale e viceversa.

Descrive poi le modalità tecniche da usarsi per la ricerca del fenomeno, che può o no mettersi in evidenza durante i movimenti comandati. Quando però esso non si presenti evidente in tali casi, occorre allora invitare l'infermo a guardare innanzi a sè all'infinito per sottrarre i movimenti oculari all'influsso della volontà, e, stando di lato, fletterne forzatamente il capo sul petto. Si vedono allora innanzi tutto i globi oculari girare in alto lasciando scoperta la parte inferiore della sclerotica, e tornare poi a girare in basso, quando si permetta al capo di ritonare alla posizione di partenza. E poichè il fenomeno come è stato osservato, per quanto l'A. sia convinto ch'esso possa manifestarsi anche quando i movimenti oculari volontari siano aboliti, consiste nella conservazione di tutti i movimenti volontari dei globi oculari che fa contrasto colla sincenesia dissociata, ha studiato: 1° Il modo di formazione dei movimenti associati, ponendone in evidenza il meccanismo muscolare e nervoso; 2° Le condizioni necessarie per la formazione dei movimenti associati, insistendo specialmente sulla interdipendenza, pel legame di svariate fibre dei nuclei abbassatori dello sguardo e del capo, innalzatori dello sguardo e del capo. Si ferma pure sullo studio dei movimenti riflessi, formantisi al di fuori della volontà per l'intermezzo dei fasci sensorio e sensitivo-motori; 3° discute l'esistenza di un centro unilaterale volontario. E poichè egli esclude per ragionamenti induttivi e deduttivi tratti dalla Clinica e dall'esperimento la presenza di un centro corticale unilaterale, sostenendo che i movimenti descritti si trovano sotto la dipendenza simultanea dei due emisferi, conclude che il fenomeno in parola, messo, per la prima volta, in evidenza dall'A. sta in rapporto con una lesione bilaterale che offende contemporaneamente o la speciale diramazione del fascio corticale addetto ai movimenti volontari del capo, la quale anima i movimenti associati di abbassamento del capo e degli occhi o le fibre internucleari unienti fra di loro i nuclei abbassatori dello sguardo o le fibre internucleari unienti fra di loro i nuclei abbassatori dello sguardo e quelli addetti alla flessione del capo.

L'A. infine, dà ragione del meccanismo patogenetico, ammettendo, da un lato, che lo stimolo volontario, che si diparte dalla corteccia, non potendo passare lungo le fibre internucleari che presiedono all'abbassamento dello sguardo o a questo movimento coniugato con quello di flessione del capo, sia costretto a riversarsi per la via opposta integra; e dall'altro invocando quello speciale predominio che acquista un sistema di fibre quando il sistema opposto, che fa anche da frenatore, sia interrotto.

Perciò appunto, secondo l'A., si avrebbe, durante la flessione del capo, l'innalzamento dello sguardo, e durante l'estensione, avendo già i muscoli oculari raggiunto il massimo grado della loro contrazione, l'abbassamento dello sguardo per il ritorno automatico dei globi oculari alla loro posizione di partenza.

S. A.

AFFEZIONI EPATO-BILIARI.

Colelitiasi e sistema nervoso vegetativo.

(LEHMANN. *Berliner klinische Wochenschrift*, n. 2, 10 gennaio 1921).

Thies, che finora rimane l'unico che si è interessato dell'argomento, asserisce in un suo lavoro intitolato « Diagnosi differenziale delle malattie addominali sulla base di sintomi del sistema nervoso vegetativo », che nelle malattie della cistifellea e delle vie biliari quasi sempre si trovano disturbi del sistema vegetativo nervoso. L'autore ha indirizzato le sue ricerche su 40 donne (età media: 40 anni) affette da colelitiasi, stabilendo la reazione ai vari medicamenti [vago-eccitatori (pilocarpina), vago-paralizzanti (atropina) e simpatico-eccitatori (adrenalina)], i risultati del pasto di prova, il reperto del sangue e di altre ricerche. Di queste 40 pazienti il 60 % reagirono fortemente alla pilocarpina, il 12.5 % alla pilocarpina e all'atropina, 22.86 % alla adrenalina, 12.5 % alla adrenalina e pilocarpina, il 20 % negativamente. Sono a un dipresso le stesse percentuali ottenute nell'ulcera gastrica. Dunque l'antagonismo tra vago- e simpaticotonia sostenuto da Eppinger e Hess, non esiste. Quindi l'esame farmacologico:

1. Non dà nella colelitiasi una percentuale maggiore di risultati positivi, che in altre malattie.

2. Nè la reazione farmacologica si comporta, nelle sue manifestazioni, diversamente da quelle di altre malattie.

3. L'assenza della reazione farmacologica non dimostra alcun parallellismo con i disturbi di secrézione dello stomaco.

4. Così anche nei normali, ora in uno ora nell'altro, si trovano spiccati uno o più fenomeni definiti come stimmate.

Ma il dermografismo, il tremore, il polso irregolare respiratorio, il fenomeno di Dagnini-Aschner, ecc., l'eosinofilia, le linfocitosi, constatati da Eppinger e Hess nei vagotonici e provocabili con una iniezione di pilocarpina, non erano particolarmente spiccati nelle malate affette da colelitiasi osservate. Due sintomi invece si ritrovarono con spiccata frequenza: l'inizio della colica durante o prima il periodo catameniale e la presenza dell'emicrania nella anamnesi remota (33 %). Tuttavia l'aumento del tono durante il periodo mestruale si deve considerare come fisiologico o quasi. Ma poichè il 42 % delle pazienti affette da colelitiasi non presentava alcun disturbo del sistema vegetativo, è più plausibile ammettere sull'inizio dell'attacco un'influenza dello stato congestizio degli organi del bacino. Quindi non si può sostenere la tesi assai semplicista che un aumento del tono del vago possa determinare verosimilmente un crampo della cistifellea, tanto più che ormai tutti gli AA. per quanto divergano sulle teorie della patogenesi e dell'etiologia, sono tutti concordi nell'ammettere che nella colelitiasi, il complesso sintomatico non venga determinato dai calcoli ma dalla stasi e dall'infezione.

Quindi è puro caso la coincidenza della colelitiasi con una disarmonia del sistema nervoso vegetativo: tutt'al più questa può esser la conseguenza di quella.

MGZ.

Aneurisma dell'arteria epatica.

(E. WEISS. *Am. Journ. of the Med. Sciences*, giugno 1921).

Se ne conoscono soli 54 casi; l'etiologia luetica non è così frequente come negli altri aneurismi, e se ne conterebbero 5 casi su 26 nei quali l'etiologia fu bene accertata, di fronte a 15 consecutivi a polmonite, osteomielite, o tifo, 2 dovuti ad ateroma, 2 a colelitiasi, 1 a trauma e 1 a tubercolosi. Secondo Grunert il 73 per cento è un postumo di processi infettivi; la parete verrebbe lesa da emboli settici nei *vasa vasorum*. I calcoli biliari possono ledere la parete direttamente per compressione. In alcuni casi si è trovato un ispessimento dell'intima e dell'avventizia, talora con degenerazione ialina (Rolland): in un caso vi era panarterite subacuta. Secondo Baruch il fattore etiologico più importante è la polmonite: nella polmonite destra è stato osservato l'edema del connettivo periportale. L'aneurisma dell'a. epatica è più frequente nei giovani e nei maschi.

È più spesso preso il tronco principale, per lo più nella parte estraepatica: talora l'aneurisma è multiplo. Può guarire spontaneamente, ad es. perchè occluso da un trombo, ma spesso va incontro a rottura, per lo più nel peritoneo o nelle vie biliari, talora nello stomaco, nel duodeno, o nella vena porta. Gli estraepatici sono più grandi: la grandezza media è quella di un uovo di gallina, la massima constatata è quella di una testa di bambino. Gli intraepatici possono cagionare la rottura del fegato.

I sintomi più comuni sono il dolore, l'ittero, l'emorragia (ematemesi o melena) che si ripete ad intervalli variabili: questo avviene specialmente quando il sangue si versa nelle vie biliari.

Il dolore all'ipocondrio destro è parossistico, e così intenso da somigliare ad una colica epatica.

L'ittero non ha rapporto con gli accessi dolorosi: è presente nel 64 per cento dei casi (Grunert), appare rapidamente, ed è permanente.

La febbre, talora con brivido, è rara, tende a coincidere coi parossismi dolorosi. I disturbi digestivi non mancano quasi mai.

Talora manca ogni sintoma riferibile al fegato, e l'aneurisma si rompe prima che se ne sia sospettata l'esistenza.

In un caso di Friedmann oltre il dolore parossistico a tipo nevralgico vi era pulsazione visibile del fegato, espansiva, e si poteva percepire un urto sistolico sulle coste; più tardi si aggiunsero palpitazioni; all'intervento si trovò l'arteria epatica dilatata e allungata.

In un caso di Bickhardt si palpava un'intumescenza, grossa come il pugno d'un bambino, sotto l'apofisi ensiforme, fluttuante: tre giorni prima della morte si ascoltava su di essa un soffio sistolico. Nella diagnosi differenziale fu considerato l'echinococco, un carcinoma metastatico, l'ascesso perigastrico da perforazione di ulcera. All'autopsia si trovò un aneurisma dell'a. epatica rotto nel duodeno.

Qualche volta i dolori sono a tipo di crampo. Talora l'aneurisma fu una sorpresa operatoria in pazienti in cui era stato diagnosticato un tumore o dei calcoli biliari. Se le emorragie sono frequenti può avvenire confusione con l'ulcera duodenale.

Tener conto per la diagnosi dell'età, del sesso, e sopratutto di malattie infettive pregresse: se però manca il rumore ascoltatorio e la pulsazione una diagnosi certa non è possibile senza un intervento esplorativo.

Per la terapia i pareri sono discordi. Kehr in un caso legò l'arteria e il paziente guarì. Tuffier invece, dopo la legatura, vide morire il paziente in coma al terzo giorno, ma non potè costatare necrosi epatica all'autopsia. Baruch negli animali ha veduto talora seguire la necrosi alla legatura dell'a. epatica: secondo Naroth la legatura è tanto meno pericolosa quanto più centrale. In questi casi il circolo si ristabilisce per l'arteria gastrica destra e per la gastroduodenale, come fu anche veduto in un paziente nel quale l'aneurisma era occluso da un trombo (Merkel). In pratica Baruch consiglia di occludere temporaneamente l'arteria a monte, e quindi pungere l'aneurisma: se viene sangue, l'arteria si può legare tranquillamente, altrimenti conviene provocare la formazione di aderenze scarificando la parte posteriore e più bassa del fegato, e la compressione del sacco aneurismatico. Anche altri autori consigliano la legatura dell'arteria.

L'A. riporta un caso, il 55° della letteratura. Si tratta di un lavorante di piombo, di 50 anni, che ebbe un paratifo otto anni prima, ed ebbe cinque anni prima un forte accesso doloroso all'epigastrio, durato 24 ore, senza vomito, nè ittero. Non ebbe malattie urinarie, nè veneree; non abusava di alcool. Il 1° marzo 1920 entrò in ospedale: alle una p. m., in pieno benessere ebbe un'improvvisa sensazione di bruciore periombelicale, e gli rimase poi un intenso dolore epigastrico, con sensazione di morte imminente. All'esame si nota subittero e sensibilità addominale alla palpazione, specie intorno all'ombelico: l'addome è un po' disteso, non vi è difesa. Non si palpano intumescenze, si odono bene i rumori della peristalsi intestinale; la pressione sull'arcata costale destra dà sollievo al paziente.

Presto cominciò il vomito. La febbre si mantenne intorno a 39°.5, il polso quasi normale per frequenza e ritmo, a bassa pressione, leucocitosi intorno ai 15000. Poi l'ittero divenne più marcato, il dolore più intenso, e localizzato al punto cistico: la R. W. fu negativa.

Il 9 marzo si decise l'intervento, ma appena iniziata la narcosi il paziente morì. All'autopsia si trovò circa 1600 grammi di sangue e coaguli nel peritoneo: le vie biliari erano pervie, la cistifellea distesa, piena di bile viscida e nera. Il piccolo omento è infiltrato di sangue: l'arteria epatica presenta nel punto di biforcazione un aneurisma ovoide lungo circa 2-3 cm. pieno di coaguli che si estendono nel fegato; la parete è rotta. Si trova un aneurisma parietale dell'aorta, tra la media e l'avventizia, pieno di coaguli, ed un aneurisma fusiforme dell'a. iliaca interna sinistra.

V'è il reperto macroscopico di aortite luetica, ma non furono trovate le spirochete.

Nel fegato, intorno ai piccoli vasi, si trovano infiltrazioni di mononucleari; i vasi stessi mostrano endarterite obliterante. Pertanto l'A. ritiene che in questo caso si deva ammettere l'etiologia luetica.

DORIA.

Complicazioni dopo la colecistectomia.

(J. WALKER. *Boston Med. a. Surg. Journ.*, 14 luglio 1921).

La colecistectomia viene ora considerata operazione di scelta nelle colecistiti: la colecistostomia operazione di necessità. In 100 interventi sulla cistifellea l'A. praticò 88 colecistectomie senza casi letali, e 12 colecistostomie con due morti. Fu indotto a praticare questo più

rapido intervento a cagione delle aderenze, o delle gravi condizioni dell'infermo; o di una complicante polmonite, o appendicite, scompenso cardiaco, diabete e pancreatite. Esito infausto ebbe il polmonitico, ed un infermo con colecistite e colangite, in cattive condizioni, che divenne nuovamente itterico dopo l'operazione, onde gli fu praticato in secondo tempo il drenaggio del dotto comune.

In mani sperimentate l'A. ritiene la colecistectomia tanto sicura come la colecistostomia: distingue le complicazioni in operatorie e della convalescenza.

Le complicazioni operatorie più comuni sono l'emorragia e la lesione del dotto comune.

Per diminuire l'emorragia consiglia di aggredire la vescichetta dal basso in alto, di fare una larga incisione (la sua incisione solita va da un punto immediatamente sotto e a destra dell'apofisi ensiforme ad un altro situato a 2-3 cm. a destra dell'ombelico), di rotare in alto il fegato onde mettere in evidenza il cistico e la relativa arteria, che vanno legati separatamente se possibile.

In un caso, essendo sfuggita due volte la legatura, lasciò un *clamp* a permanenza. È bene lasciare quanto più peritoneo si può, nell'enucleare la cistifellea, e cucirne i margini, onde ridurre il gemizio dalla superficie di fegato scoperta. Questo si può combattere con l'applicazione di pezze bagnate in soluzione fisiologica calda, o in acqua ossigenata, o, se lieve, con un drenaggio di garza che dal moncone del cistico viene all'esterno. È bene circondarlo di un foglio di gomma nel tratto che traversa la parete addominale per agevolarne l'estrazione. L'A. ricorda un caso, con esito infausto per lesione della vena porta.

La lesione del dotto comune si può facilmente evitare se si fa molta luce, si toglie con cura il sottile strato di peritoneo e connettivo che copre il cistico, e si isola bene quest'ultimo.

Il vomito postoperatorio è assai frequente dopo le operazioni sulla cistifellea. Per combatterlo conviene ridurre al minimo i liquidi ingeriti nelle prime 18 ore, ricorrendo eventualmente a proctoclisi glucosate, o saline, o di acqua comune. Causa frequente del vomito è la dilatazione acuta dello stomaco. In un caso dove gli altri mezzi fallirono, il vomito si arrestò dopo una abbondante fleboclisi salina.

Le complicazioni polmonari non sono rare sia perchè gl'infermi, di solito obesi, tollerano male la narcosi, sia per la temporaneamente diminuita funzione del diaframma, che è causa di congestioni del soprastante polmone. Conviene pertanto mantenere gli operati in posizione semiseduta per almeno cinque giorni, e se si sviluppa polmonite, finchè polso e temperatura non ritornano normali.

L'embolia polmonare neppure è rara: l'A. consiglia di far muovere gli operati il meno possibile dal 9° al 14° giorno e di non farli alzare prima di 16 giorni: e di tenerli ulteriormente a letto se la temperatura, in qualunque ora del giorno, passa i 37°. Ad embolia dichiarata applicare una fascia al torace e non risparmiare la morfina: polso, respiro e temperatura salgono, e vi è forte dolore pleurico. L'esito è spesso infausto: talora si sviluppa un ascesso polmonare

Lo scolo di bile è più frequente se la cistifellea si rimuove dall'alto, e se non fu isolato e legato bene il cistico. Se bile appare dopo quattro giorni è regola togliere definitivamente il drenaggio: lo scolo cessa presto. Se è precoce è di solito abbondante e protratto, ed è preferibile lasciare a lungo in posto il drenaggio onde si formi un tramite ben circoscritto e sia salvo il peritoneo. Unico danno è l'irritazione della pelle intorno alla ferita. Ancora si discute sulla convenienza o meno di lasciare sistematicamente un drenaggio dopo la colecistectomia: l'A. lo ha sempre lasciato, ma conviene che esso è causa di maggiori aderenze.

Le aderenze residue hanno talora richiesto uno o più interventi per rimuovere i disturbi da esse provocati. Un solo caso di tal genere è occorso all'A.

L'infezione peritoneale generalizzata è sempre possibile quando si omette il drenaggio. Infezioni più o meno gravi della ferita operatoria non sono rare, e si devono a difetto di tecnica, alla colecistite preesistente, al drenaggio. L'A. ha talora chiuso la ferita operatoria primitiva, ed ha condotto il drenaggio attraverso una stretta incisione in un punto adatto.

L'ittero è dovuto generalmente a un calcolo del dotto comune sfuggito all'osservazione, e richiede un altro intervento. Se è dovuto a tumore, generalmente non asportabile, nulla si può fare, neanche stabilire un corto circuito alla bile, essendo stata rimossa la cistifellea: il tentativo conduce a fistola biliare permanente. L'ittero può esser dovuto ad aderenze, ed obliterazione cicatriziale del dotto comune. L'A. ne riporta un caso.

La persistenza del tramite è piuttosto rara. Un corpo estraneo (garza) dà secrezione siero-purulenta. Una secrezione biliare di lunga durata, con ittero e dolore, deve far pensare a un calcolo del dotto comune o a un carcinoma dell'ampolla di Vater.

Degli 88 casi dell'A., 65 ebbero una convalescenza normale, e 23 hanno presentato una o più complicazioni.

L'A. conclude dicendo che i principali problemi della colecistectomia sono l'emostasi operatoria e l'opportunità del drenaggio, nonchè la profilassi delle complicazioni polmonari.

DORIA.

PEDIATRIA.

Le convulsioni nella prima infanzia.

(A. MARFAN. *Presse médicale*, n. 64, 1921).

Le convulsioni, molto frequenti nella prima età, vengono determinate dalle cause più diverse; queste spesso determinano la reazione nervosa soltanto nei soggetti in qualche modo predisposti. Si devono perciò distinguere cause predisponenti e cause determinanti.

A) Cause predisponenti:

L'eredità, e specialmente l'età. I bambini nati da genitori sofferenti di nevropatie, di psicosi, di affezioni organiche del sistema nervoso, o sifilitici, alcoolisti, tubercolosi, sembrano predisposti alle convulsioni. Una forte predisposizione è creata dall'età; le convulsioni sono specialmente frequenti durante i primi due anni di vita, più ancora tra il III e il IV mese di età (maggiore sensibilità del cervello incompletamente sviluppato e ipereccitabilità dell'asse bulbo-spinale).

B) Cause determinanti:

Si possono dividere in 4 gruppi: 1° quelle che dipendono da lesioni dei centri nervosi (convulsioni organiche); 2° quelle che non accompagnano alcuna lesione apprezzabile dei centri nervosi, bensì affezioni di altri organi o sistemi (convulsioni sintomatiche); 3° la diatesi spasmogena (tetania manifesta o latente); 4° convulsioni essenziali, cioè quelle che non si possono attribuire ad alcuna causa evidente.

1° Le convulsioni organiche possono dipendere da qualsiasi lesione acuta o cronica del nevrasse: : meningiti acute, emorragie meningee, tromboflebite dei seni (nel corso di batteriemie, nella diarrea coleriforme), encefaliti, lesioni congenite del cervello, idrocefalo, tumori cerebrali, poliomielite acuta, colpo di calore. Le convulsioni organiche si riconoscono facilmente; la prognosi è grave.

Residuano spesso disturbi psichici, paralisi, contratture; talvolta l'epilessia.

2° Le convulsioni sintomatiche sono infettive, tossiche o riflesse.

Le convulsioni infettive si osservano all'inizio di malattie febbrili (grippe, polmonite e bronco-polmonite, scarlattina, morbillo, angina).

Le convulsioni tossiche possono essere esogene (neonati di madri eclamptiche, poppanti di nutrici alcooliste, nefritiche, diabetiche, o che hanno preso alcuni medicinali in dose troppo elevata), o endogene (uremia, rarissima nei lattanti, affezioni epatiche, lesioni delle surrenali, intossicazioni intestinali).

Le convulsioni riflesse seguono l'irritazione di nervi periferici (mucosa digestiva, tegumenti, gengive). È probabile che tra le convulsioni riflesse vengano oggi annoverate alcune di diversa origine (tossiche).

3° La tetania manifesta e quella latente possono essere accompagnate da periodi convulsivi; nel primo caso, nei periodi liberi esistono contratture alle estremità e laringospasmo; nel secondo caso, l'ipereccitabilità dei nervi periferici, in special modo il segno del faciale.

4° Le convulsioni che non si riesce a riferire a causa alcuna vengono dette essenziali. Queste convulsioni sono specialmente frequenti nei bambini eredoluetici.

Il liquido cerebro-spinale in questi casi può presentare i segni di una reazione meningea, o può essere normale. In tutti i casi di convulsioni « essenziali » si deve tentare la cura antisifilitica.

Prognosi. — La prognosi delle convulsioni dipende anzitutto dalla causa determinante. Quelle organiche sono le più gravi. Le convulsioni violente, generalizzate, lunghe, durante le quali il polso è frequente e la respirazione difficile devono far temere l'esito letale. Parimenti grave è lo « stato di male » prolungato. Molto importante è la prognosi remota.

Il lavoro più recente su tale questione è quello di M. A. Collin e Revon. Questi AA. distinguono 2 tipi di convulsioni: 1° la convulsione è clonica, senza precedente fase tonica; disturbi respiratorî e circolatorî minimi. I bambini che presentano tali convulsioni possono in seguito presentare dei disturbi nervosi varî, ma senza gravità: terrori notturni, sonnambulismo, incontinenza di urina; mai nè idiozia, nè idrocefalia, nè epilessia, nè contratture; 2° la convulsione presenta una fase tonica, accompagnata o non da scosse cloniche; è associata a disturbi respiratorî e circolatorî. In questa forma la prognosi remota è grave: di solito residuano idiozia, idrocefalia, paralisi, contratture, epilessia.

Cura. — È diversa a seconda delle cause. La cura dell'accesso singolo si limita a liberare il bambino dalle vesti e a lasciarlo tranquillo. Negli accessi ripetuti è utile il bagno tiepido. a 36°, per 10 minuti, con compresse fredde sul capo; se gli accessi subentranti clisteri di bromuro o di cloralio. Nei casi di accessi molto frequenti è utilissima la puntura lombare.

Nei casi ostinati si darà il bromuro di sodio, di potassio o di calcio (fino ai 6 mesi 50 ctg. al giorno, dai 6 ai 12 mesi 75 ctg.-1 gr. in 3 dosi). La cura bromica si continua per 15 giorni, e si riprende dopo 3 giorni d'intervallo.

POLLITZER.

STORIA DELLA MEDICINA.

Medici ebrei celebri durante la dominazione pontificia.

Il dott. G. Blustein ha recentemente pubblicato la storia degli Ebrei in Roma (1), libro denso di ricerche riguardanti in ispecie le persecuzioni del popolo ebraico durante parecchi secoli di dominio papale.

Il dott. Blustein è di certo un po' unilaterale ne' suoi giudizi perchè mentre spesso ammette che, relativamente ai tempi, gli Ebrei che abitavano l'Urbe erano meglio trattati degli altri sparsi nelle provincie e negli Stati Europei, rivolge di sovente giudizi violentissimi contro la Corte papale persecutrice de' suoi fratelli giudei.

Nel libro del Blustein ogni medico deve provare un'intima compiacenza leggendo quanto grandi protettori fossero i medici ebrei del popolo loro e quanta stima godessero presso i papi per la loro elevata dottrina.

La figura più importante e più antica di codesti seguaci d'Esculapio fu Emanuele Zifroni, detto Emanuele Romano. Filosofo, matematico, astronomo, medico e poeta vissuto verso la fine del duecento e il principio del trecento. Si crede che Emanuele sia stato amico di Dante e che si sia incontrato col divino poeta alla corte di Can Grande della Scala di Verona.

E si dice ancora che l'opera poetica di Emanuele: *Mechabberoth* (specie di viaggio fatto da un ebreo nel trecento attraverso l'inferno e il paradiso accompagnato dal Savio Daniele) abbia avuto influenza sull'opera Dantesca.

I papi per un lungo periodo si servivano di medici ebrei ai quali concedevano larghi privilegi; ed ogni volta che la Comunità ebraica di Roma doveva chiedere protezione erano i medici gl'intermediari potenti che soccorrevano i loro fratelli.

Il Senato Romano il giorno 8 agosto 1385 riduceva di 30 fiorini il tributo che doveva pagare la Comunità israelitica finchè vivessero i due chirurgi ed i figli maschi del medico ebreo Angelo, e ciò dichiarava di fare poichè essi fra i molti altri meriti *libentar gratis serviunt et egentibus in medendo subveniunt et pecunias exigere non curant.*

Bonifazio IX confermò le immunità concesse dal Senato riconoscendo: che per esser chirurgi benigni e servono i poveri e sono peritissimi.

Fra i diplomi dei papi rilasciati ai medici ebrei uno dei più caratteristici è il seguente:

« In nome di Dio, amen. Noi Francesco de Panciatiris etc..... all'uomo dottissimo Elias Sabbas ebreo, medico fisico e dottore in medicina saluti e favori ».

Per quanto sia da rifiutare l'infedeltà degli ebrei, fatti dal Creatore del Mondo, e per quanto sia da combattere la loro ostinatezza ed incredulità, però la loro conservazione è in certo modo utile e necessaria ai cristiani, segnatamente di quelli che essendo versati nella Medicina si mostrano giovevolissimi ai cristiani per ricuperare l'antica salute di questi.

Ora poichè tu, come l'esperienza ci insegna, così prima come ora, hai guarito con la tua celebre arte medica non solo cittadini nostri ma anche forestieri che invocarono il tuo aiuto, così visto e considerato che la tua vita possa esser necessaria e salutare quale quella di ristoratore della salute dei romani e di altri, ti nominiamo cittadino romano.

Nel 1392, Bonifazio IX rivolse al medico Ebreo del rione Trastevere la lettera seguente:

« Bonifazio IX al figlio amato Angelo di Manuele, medico e famigliare nostro.

Perchè ci siamo convinti dell'esperienza esatta che sei ornato col tesoro di onorabilità a giustizia e virtù e sei volonteroso di adoperarti come facesti da lungo tempo con lodevole intenzione ed anche con maggior zelo, e poichè inoltre abbiamo inteso la fama della tua giustizia ed essendoti affezionati e volonterosi di promoverti con titolo più degno, così ti accettiamo come medico nostro e dell'apostolica sede e famigliare sotto l'egida di SS. Pietro e Paolo come pure di noi e di sullodata S. Sede.

Vogliamo che tu goda i privilegi di favore apostolico anche più largamente e tutti i privilegi, onori, libertà, esenzioni, diritti eccezionali e tutti i favori di oggi e in futuro dei nostri famigliari e della S. Sede senza che costituzione apostolica ed altri editti vi siano contrari.

Così vogli dedicarti alla coltura delle virtù invitandoti ad acquistar sempre maggiori lavori ».

Tanto a Bonifazio IX premeva la pelle sua e.... quella dei famigliari!!!

Lo stesso Sisto IV implacabile contro i marrani di Spagna, si faceva curare da un medico

(1) G. BLUSTEIN: *Storia degli Ebrei in Roma.* Ed. Maglione e Strini.

ebreo e tutti i papi più devoti e più severi si mostrarono larghi di favori per i medici ebrei e per essi condiscendenti colla Comunità israelitica. Il grande Leone X, papa umanista protettore di Raffaello e Michelangelo, avea intorno a sè una vera corte di medici ebrei.

Il famoso umanista tedesco l'ebreo Reuchlino si rivolgeva al medico di Leone X, Bonetto (Giacobbe di Emanuele Lattes) pregandolo di raccomandarlo al papa e dicendo che nella mano di Bonetto è *potenza di tutto ottenere.*

Sotto Adriano IV per mezzo di medici gli ebrei ottennero una rinnovata sanzione del segno distintivo.

Clemente VII ebbe medici ebrei; Isacco Sarfati fu da Clemente nominato famigliare e commensale ed ebbe dal Papa diritto di esercitare liberamente la sua professione. Paolo III tenne presso di sè il medico ebreo Giacomino Martini che accolse con ospitalità gli Ebrei cacciati dal Reame di Napoli.

A Roma accorrevano ebrei da tutta Europa a cercar protezione.

Dalla Catalogna, dalla Germania, dalla Sicilia qui si stabilirono colonie ebraiche per cercar asilo.

Questi fatti dimostrano come i papi perseguitassero meno di tutti gli altri governanti il popolo ebraico. Anzi può dirsi che, sempre tenendo conto dei tempi, e fatta eccezione di alcuni papi, tipo Paolo IV, istitutore dei Ghetti, molti altri papi furono dei veri protettori degli Ebrei dello Stato Pontificio. La libertà di cui godevano gli Ebrei in Roma nel campo degli studi e l'altezza della loro posizione, nonostante le limitazioni canoniche, sono testimoniate dal fatto che il medico Giacomo Martini, ebreo, faceva lezioni all'Università di Roma. Non meno di 23 medici di fama vengono nominati dal 1524 al 1550. Così scrive il Blustein.

Anche il celebre Mosè d'Isacco da Rieti, medico e filosofo, fu medico di Pio II.

Giacobbe Provenzale fu medico di Leone X, il rabbino Samuele di Giulio II. Sisto IV ammise il decreto che vietava di aprir farmacia senza esser maestro o licenziato in medicina e questo decreto estese anche agli Ebrei e fu confermato da Clemente VII.

Sisto V fu anche grande protettore della Comunità ebraica.

Paolo V fu meno tenero verso gli Ebrei e ruppe la tradizione dei medici ebrei presso la corte papale nominando suo Archiatra Pietro Merolli di Sassoferrato, insigne medico e fedelissimo cattolico.

Dott. T. CECCHETELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

M. FLAMINI. *Manuale di Pediatria Pratica.* II Ediz. Un vol. in-16 di pag. 352 con 73 figure intercalate nel testo. Roma, Amministrazione del giornale « Il Policlinico », 1921. Rilegato; prezzo L. 20.

Questo libro non ha più bisogno di essere presentato e raccomandato, tanto esso ha saputo conquistare il pubblico dei nostri abbonati. Il successo arriso al lavoro ha consigliato all'Amministrazione di pubblicarne una seconda edizione, la quale è stata non solo aggiornata, ma interamente rifatta e notevolmente ingrandita; di modo che troveranno di loro convenienza provvedersene anche gli abbonati che già ebbero in premio la prima.

Ci piace riportare larga parte di una recensione che di questo lavoro pubblicava un accreditato periodico d'interessi professionali, di medicina sociale e di pratica medica, *L'Italia Sanitaria*:

« L'A. espone in maniera succinta, ma limpida e incisiva, i sintomi principali che possono condurre alla diagnosi ed i metodi di cura più noti ed approvati in modo indiscusso, tralasciando ciò che riguarda il lato etiologico e l'anatomia patologica delle affezioni.

In questa maniera il dott. Flamini è pienamente riuscito nell'intento di fornire ai medici pratici un prezioso volume che costituisce una mirabile guida circa le linee principali da seguire sia nel dare consigli alle madri sulle norme di igiene infantile, sia nel curare ed assistere il bambino ammalato.

Il libro è già alla seconda edizione: prova questa della sua bontà e del successo onde il suo apparire è stato coronato.

L'A. ha introdotto in esso notevoli aggiunte, avvicinandolo sempre più alla perfezione.

Se la sua diffusione non ne avesse già dimostrato la grande utilità noi non esiteremmo a dire che ogni medico è colpevole se non se ne fornisce, poichè precetti più limpidi è impossibile trovare e dal grande amore onde l'A. si è dedicato all'infanzia non poteva scaturire opera più degna della nostra ammirazione ».

R. B.

CESARI dott. GIULIO. *La febbre eruttiva*: forma speciale descritta dal Carducci. In-8, di pag. 74. Casa ed. di Giuseppe Cesari. Ascoli Piceno, 1921. Prezzo L. 10.

Sono raccolte, in questa pubblicazione, le osservazioni sopra una forma morbosa verificatasi a Roma in questi ultimi anni, caratterizzata da febbre e da eruzione a tipo papuloso, che non rientra nei tipi morbosi cono-

sciuti. Detta forma è stata osservata e descritta dal prof. Carducci e contemporaneamente dal dott. Falcioni; in essa rientrano probabilmente i casi descritti dal prof. Bignami nell'anno 1911.

Dalla descrizione dei casi, l'A. passa a stabilire la sintomatologia ed il decorso di questa malattia, che poi, nelle considerazioni diagnostiche, viene differenziata da quelle che con essa presentano certe affinità e particolarmente dal tifo esantematico e dall'eritema polimorfo.

Precisione, accuratezza ed equilibrato senso critico caratterizzano questo utile lavoro nosografico, che viene presentato con una lusinghiera prefazione del prof. Bignami.

fil.

A. B. MARFAN. *Les vomissements périodiques avec acetonémie.* Masson e C. éditeurs. Paris. Fr. 4.

In questa interessante monografia dell'illustre pediatra parigino, che ha lo scopo di fissare i caratteri di una forma clinica molto comune nell'infanzia, è discussa la patogenesi della forma morbosa tenendo conto delle recenti acquisizioni della fisio-patologia; con mirabile precisione sono descritte le diverse teorie sull'argomento ed infine è tratteggiata ampiamente la terapia dell'affezione, della quale sono stabiliti i criteri diagnostici.

Poche pagine ma dense di dottrina e ricche di argomentazioni originali.

GENOESE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 13 luglio 1921.

Rapporto fra emottisi e condizioni pleuriche.

E. MORELLI. — L'O. ricorda una comunicazione già fatta riguardante l'importanza delle aderenze pleuriche sulla comparsa di emottisi. Ora asserisce di avere, in parecchi casi di emottisi con pervietà del cavo pleurico, constatato una pressione negativa elevatissima, molto superiore alla normale. Crede che tale elevata pressione negativa possa derivare da una tendenza del polmone alla cirrosi, e possa facilitare l'emorragia per un meccanismo consimile a quello della sinfisi pleurica, per una trazione cioè eccessiva sul punto leso.

In tali casi un pneumotorace dà risultati mirabili, pronti.

Studii clinici sul tono muscolare (nota 2ª). *Sul tono dei muscoli volontari nei tubercolosi.*

F. FLARER. — La curva miotonometrica dei muscoli volontarii dei tubercolosi si avvicina per la forma generale a quella degli individui normali. Si riscontrano però in essa, a differenza di quest'ultima, variazioni nel senso di un aumento di tono in rapporto con stimoli minimi, incapaci di produrre variazioni nei muscoli normali, con la febbre, con le ore dei pasti; inoltre la curva miotonometrica della sera è sempre più tonica di quella del mattino.

Tutti questi sono indici di uno stato di ipereccitabilità del tono di tutti i muscoli volontarii, prodotta dall'azione chimica della tossina tubercolare, agente sia sugli elementi nervosi, sia sulla fibra muscolare, ossia sui due fattori essenziali del tono muscolare stesso.

Un nuovo germe isolato nell'espettorato umano.

G. RIGOBELLO. — L'O. riferisce sui caratteri del germe isolato dall'espettorato di una ammalata di tubercolosi polmonare della Clinica Medica di Pavia mediante inoculazione in animali di laboratorio. L'ammalata venne a morte poco dopo e lo stesso germe fu nuovamente isolato dal materiale polmonare e dal sangue del cuore preso all'autopsia.

Il germe si presenta: morfologicamente ovoide con vacuolo centrale ampio non capsulato, non sporigeno, non mobile, Gram negativo, aerobio anaerobio facoltativo, non fonde gelatina, fermenta mannite mannosio non saccarosio, non produce gas, riduce rosso neutro, non coagula latte, dà reazione dell'indolo e presenza di nitriti. Viene sciolto dalla bile pura e dall'antiformina al 10 %, resiste a 65° per un'ora, un'ora alla luce solare diretta (32° C.).

Inoculato per diverse vie in animali da esperimento, sino alla frazione minima di ansa li uccide in un tempo variabile dalle 6 alle 48 ore. La virulenza è conservata anche in culture vecchie di un mese.

Non agglutina sieri di individui varii, non sieri

di laboratorio (meningococcico). Non presenta i caratteri delle Batteriacee sino ad ora riscontrate. Differisce per i suoi caratteri sopra descritti dai vari micrococchi ad habitat orale.

Completate le ricerche, verrà dato un nome al nuovo germe.

Comportamento del bacillo difterico nella bile e nella cistifellea.

G. RIGOBELLO. — La questione dei terreni di coltura alla bile venne trattata da Bierast-Drigalski, Odell ed altri. Sulla sua utilità i pareri sono vari e discordi. Altra questione è se il germe entrato in circolo possa permanere in cistifellea.

Ambedue i quesiti vennero trattati e così definiti: la bile di per sè è litica, tale in proporzioni scalari sino al 10 % di bile aggiunta. In proporzione del 10 % di bile aggiunta ai vari terreni il bacillo cresce bene, ma i granuli metacromatici appaiono però poco evidenti colla colorazione specifica.

Per quanto riguarda la permanenza in cistifellea si conchiude che, indipendentemente dalla questione dell'influenza sulla tossina, la bile esercita azione contraria alla vitalità del germe.

Nuove osservazioni immunologiche nel rapporto fra siero e lipoidi.

G. RIGOBELLO. — Riferisce che intorno ai lipoidi possediamo conoscenze di ordine vario: nella reazione di Wassermann sono capaci di determinare una modifica delle siero-globuline durante la fissazione del complemento, modifica della tensione superficiale e della carica negli elettroliti, agiscono da antiemolitici ed antitossici, favoriscono i fenomeni di permeabilità cellulare, variano nell'organismo qualitativamente e quantitativamente in momenti fisiologici e patologici. Partendo da queste conoscenze, egli intraprese ricerche per riconoscere se nelle reazioni immunitarie l'aggiunta di un lipoide alle miscele: siero immune-antigene omologo, siero immune-antigene eterologo potesse spiegarne *in vitro* i risultati positivi e negativi. A questo scopo, con prove di floculazione ha differenziato i sieri di fronte alle sospensioni di lipoide adoperato. Ottenuta la divisione dei sieri in due gruppi, ha ricercato colla prova di emolisi il comportamento biologico dei lipoidi usati.

Stabiliti questi due dati: sieri floculanti, azione emolitica dei lipoidi ha proceduto alla deviazione del complemento.

I risultati schematici delle prove di floculazione, emolisi, deviazione, sono i seguenti:

Floculazione: siero + lecitina, siero + colesterina flocula nella sifilide, tubercolosi, gravida. Incostante nelle malattie infettive varie; nel siero normale la lecitina si raccoglie alla superficie del liquido che al di sotto è limpido. In siero inattivato il fenomeno risulta meno evidente. La miscela bilecolesterina + lecitina sembra neutralizzarsi e dà risultati dubbi. Il plasma inattivato determina un precipitato compatto nel trattamento con lecitina.

Emolisi: la lecitina non disturba l'emolisi, la sospensione bilecolesterina o la bile pura inibisce l'emolisi.

Reazione di fissazione: antigene sifilitico: siero sifilitico + lecitina principio emolisi + colesterina andamento normale.

Nulla d'anormale nella reazione per sieri eterologhi.

Reazione di fissazione nella tubercolosi: antigene di controllo Vaccino Martinotti. Antigeni adoperati o preparati denominati *A* e *B*. Con antigene *A* la lecitina agisce emolitica, con antigene *B* la colesterina agisce emolitica. Per la reazione di deviazione, le spiegazioni possono essere ricondotte ai momenti relativi ai vari elementi del sistema secondo le dottrine di Ehrlich, Bordet, Moreschi.

Presentazione di nuovi casi di carcinomi del collo uterino trattati col radium.

A. CAMPIGLIO. — L'O. comunica su quattro casi, documenta le diagnosi con preparati istologici. Mette in evidenza la completa cicatrizzazione e la totale scomparsa di ogni infiltrazione parametrale e vaginale in tutti e quattro i casi.

Dà dettagliate notizie sulla tecnica delle applicazioni.

Conclude affermando essere oggi il Radium, riguardo agli esiti immediati, senza dubbio, il migliore dei mezzi di trattamento dei carcinomi inoperabili del collo uterino, facendo doverosa riserva riguardo agli esiti definitivi.

G. PIRANI. — *Ricerche anatomo- e istopatologiche su 25 casi di fibromiomi dell'utero.*

A. GASBARRINI.

Accademia Medico-Chirurgica di Perugia.

Adunanza del 15 luglio 1921.

Presidente: Prof. RIGHETTI.

Corpuscolazione del liquido cefalo-rachidiano per ulcerazione di tumore nel ventricolo laterale destro.

R. SILVESTRINI. — L'O. riferisce la storia singolare di una donna di 56 anni nella quale insorse improvvisamente emiparesi sinistra, rigidità e tendenza a cadere all'indietro; il liquor tinto in giallo e corpuscolato.

L'O. pensò ad un focolaio malacico ulcerato nel ventricolo laterale destro. L'autopsia confermò la diagnosi: esisteva un'ulcerazione nella parte anteriore del ventricolo di una zona di sostanza rammollita con tracce di emorragie interne. Il rammollimento, con l'esame istologico, fu peraltro riconosciuto come degenerazione di un tumore, ben riconoscibile nella zona più periferica del focolaio di rammollimento.

Si è praticato l'esame col microtomo congelatore di un pezzetto del tumore che avrebbe dimostrato avere struttura glio-sarcomatosa.

Nuove vedute sulla etiologia del glaucoma.

PALTRACCA. — L'O., in base a sue vedute sull'origine endocrina del glaucoma, ha esperimentato gli estratti opoterapici (endo-ovarina ed endo-spermi-

na, dell'Istituto Sieroterapico Milanese) e dalle sue osservazioni in corso gli è risultato:

1. Che nei soggetti giovani normali (25-40 anni) la somministrazione ed anche la istillazione per collirio di estratti opoterapici, non ha mai determinato alcuna modificazione della tensione endobulbare;

2. Che nei soggetti, da vari anni oltre il periodo dell'età critica, la somministrazione di preparati opoterapici ha determinato sempre una notevole diminuzione della tensione endobulbare normale;

3. Che nei soggetti colpiti da glaucoma ad un solo occhio, mentre la tensione si abbassa notevolmente nell'occhio sano, rimane invece pressochè inalterata nell'occhio affetto da glaucoma, e ciò per le modificazioni anatomo-patologiche, saldamento dell'angolo irideo, stabilitesi in seguito all'aumentata tensione endobulbare;

4. Che nei soggetti già operati di iridectomia antiglaucomatosa, a tensione bulbare normale, la cura opoterapica ha servito a mantenere normale la tensione endobulbare.

L'emoclasia digestiva in gravidanza.

DECIO. — L'O. ha applicato il metodo dell'emoclasia digestiva all'esplorazione della funzionalità epatica in gravidanza. Le donne sottoposte ad esame furono 22. In due eclamptiche si ebbe in seguito all'ingestione di 200 cmc. di latte una netta crisi emoclasica caratterizzata principalmente da una imponente leucopenia. Meno evidenti furono le variazioni nella pressione. In 20 gravide sane, l'ingestione di latte diede luogo a netta crisi in due casi, in altri quattro casi i risultati furono dubbi. Nel rimanente numero non si ebbe alcuna crisi.

L'attività protopessica del fegato risulterebbe dunque turbata nella gravidanza normale in un numero di casi che non è inferiore al dieci per cento.

Piastrinogenesi e tempo di coagulazione nella trombosi extravasale: loro importanza chirurgica.

MENGHETTI. — L'O. arriva alle seguenti conclusioni:

1. Lo studio di focolai emorragici extravasali, specie in presenza di tessuti liberamente trapiantati, si presta alla determinazione in vivo del tempo di sanguinamento e di coagulazione;

2. Questi due fenomeni non sono in rapporto con alterazioni meccaniche della corrente sanguigna, nè coll'immobilità o l'attività motoria (come ad es. quella del cuore) dell'organo su cui si forma la fibrina e precipitano le piastrine;

3. Il tempo di sanguinamento e quello di coagulazione non dipendono fondamentalmente dalle differenze biochimiche di organi, come il fegato, il cuore, il rene;

4. Il tempo di sanguinamento è legato a quello di coagulazione e lo precede nel fenomeno complesso dell'emostasi spontanea;

5. La ricerca del tempo di sanguinamento si deve mettere in prima linea dal punto di vista chirurgico per stabilire dati di prognosi e indicazioni operatorie;

6. L'applicazione *in situ* sulla lesione di vasi o di organi parenchimatosi di tessuti viventi, ma specialmente del grasso, abbrevia il tempo di sanguinamento e quello di coagulazione.

ANTONINI. — *Pneumo-torace terapeutico e sue complicanze.*

S. MENGHETTI.

XXV Congresso di medicina alienistica e neurologica di Francia.

La prima questione trattata è «la coscienza dello stato morboso nei psicopatici».

Oratore n'è M. LOGRE. Egli incomincia col dire che si ha la coscienza dello stato morboso nei psicopatici, quando essi percepiscono i fenomeni psichici e li considerano come morbosi e ciò in vario grado, secondo le forme dei disturbi psichici.

Il debole mentale può avere una esatta conoscenza della sua scarsezza intellettuale.

L'emotivo, l'ansioso, l'ossesso hanno per regola coscienza del loro stato morboso.

Il nevrastenico ha coscienza del suo difetto di resistenza e della sua esauribilità.

L'isterico è nel contempo cosciente e inconsciente del suo stato.

Il maniaco è uno degli stati più lucidi della patologia mentale, ma è anche uno dei meno coscienti. Questi e specie l'ipomaniaco non si sente ammalato, talvolta però in principio previene la fase d'eccitazione e chiede egli stesso l'internamento.

Nel melanconico la coscienza consiste meno nella convinzione della sua eccessiva tristezza che nella credenza d'una malattia penosa ed incurabile.

L'attacco epilettico, salvo rarissime eccezioni, è caratterizzato da incoscienza assoluta. Solo le auree sono percepite dagli ammalati. Nel delirio la coscienza dello stato patologico fa difetto.

Nello stato confusionale è a volte cosciente del suo torpore e del suo stato di onirismo.

La demenza precoce può, al suo inizio, accompagnarsi ad una esatta coscienza del suo stato morboso. L'ebefrenico, allorchè delira, talvolta ha coscienza di qualche cosa di nuovo, di estraneo alla sua persona e che minaccia la sua integrità psichica.

Il demente senile è incosciente.

Il malato di sifilide cerebrale è cosciente dei suoi disturbi.

Negli ammalati affetti da traumatismi cerebrali si ha tanto incoscienza, tanto astenia dolorosamente cosciente, tanto amnesia.

Alle obiezioni infine che in seno alla discussione gli vengono fatte, M. LOGRE risponde partitamente:

A M. Ley che egli non ha voluto affermare l'assoluto parallelismo della coscienza e della sensibilità.

A Hesnard ch'egli ha parlato della plasticità del-

l'isterismo, omettendo di parlare della coscienza retrospettiva.

A Legrain che i veri deliri sono inaccessibili a tutte le psico-terapie.

La seconda questione è «l'epilessia traumatica» trattata da M. BÉHAGUE, il quale dice che dopo un traumatismo del cranio, penetrante o no, lo scoppio dell'epilessia è favorito da più cause, da un terreno fisio-patologico, come l'alcoolismo, la sifilide, da alcune regioni encefaliche, che sono più epilettogene delle altre, ecc.

L'estensione della lesione cerebrale e della cicatrice che ne consegue.

Parlando del tempo di latenza che si interpone tra il traumatismo e la prima manifestazione epilettica, afferma ch'è molto variabile, oscillando da 3 mesi ad 1 anno, e ch'esso dipende dall'estensione della cicatrice encefalica e della sua situazione e che pare non abbia nessuna influenza sullo sviluppo dell'epilessia consecutiva. In generale il tempo di latenza è più corto per l'epilessia Jaksoniana, che per la generalizzata. Ciò crede sia dovuto al fatto che la qualità dell'epilessia parrebbe dipendere dalle medesime cause di quelle che determinano il periodo di latenza. I prodromi, l'ansa, la crisi e gli equivalenti dell'epilessia traumatica sono simili a quelli del mal caduco. L'evoluzione di essa è delle più variabili. Il trattamento poi si distingue in chirurgico, se la cuasa è superficiale e localizzata; in medico se profonda e diffusa, e ciò nelle forme acute.

Nelle forme durature il trattamento è sintomatico. Il trattamento chirurgico incapace di estirpare cicatrici meningee ed encefaliche è sempre controindicato.

Nella discussione seguitane M. CLAUD estima che il fattore più importante dell'epilessia traumatica è la lesione superficiale meningea-encefalica, e che dal punto di vista dell'assistenza bisognerebbe istituire dei villaggi per la cura degli epilettici.

M. ROGER indica che i disturbi sensitivi possono sovente precisare una diagnosi dubbia, avendo trovato negli epilettici traumatici con più frequenza lesioni sensitive che motrici.

M. HARTENBERG pensa che i fenomeni Jaksoniani, sì frequenti nei crani traumatizzati, devono essere considerati come delle auree sensitive e psichiche e fa delle riserve sul meccanismo ipertensivo degli accidenti.

PAROT cita più casi di mania nei traumatizzati cerebrali.

M. REUBINOVITCH insiste sull'importanza considerevole che hanno le intossicazioni diverse, a parte le probabili lesioni cerebrali, e sulla tachicardia residua alla compressione oculare, quale segno specifico di epilessia (una specie di epilessia del simpatico).

E l'O., ringraziando, termina col dire di essere d'accordo con Claud sul meccanismo ipertensivo degli accidenti e sull'importanza delle nevralgie e del valore terapeutico probabile della radioterapia.

La terza questione trattata è la «simulazione delle malattie mentali»; n'è oratore M. PAROT, che afferma la simulazione comportare tre ordini di fatti:

La simulazione vera, in cui il soggetto pienamente cosciente entra deliberatamente nella via della finzione; compito certamente difficile a sostenersi, ma non al di sotto delle risorse di certi individui, che hanno un interesse maggiore da difendere, in cui a volte la preparazione e la premeditazione sono evidentissime.

L'esagerazione, o la sensimilazione, ch'è il caso più frequente, in cui i soggetti ampliano più o meno conscientemente le anomalie mentali reali e le tendenze patologiche. Questi sono numerosi; deboli mentali che fanno gl'idioti; depressi che affettano un'apatia completa e simulano talvolta dei tentativi di suicidio; impulsivi che mostransi come agitati, ecc.

La perseverazione o metasimulazione, consistente a far durare uno stato che non esiste più; persistenza dello stupore, della sordità, del ritmo dei gesti, ecc.

E conclude, riportando tutte le simulazioni a tre gruppi principali:

Attitudini negative: stupore, mutismo, ecc.

Agitazione disordinata; allucinazioni, deliri, ecc.

Assurdità nelle parole, nei gesti, nelle maniere, ecc.

Infine si chiede se la simulazione può considerarsi come una degradazione della responsabilità del soggetto e nega ch'essa possa costituire una circostanza attenuante.

Nella discussione seguitane M. HESNARD afferma che bisognerebbe aggiungere alle condizioni della simulazione la plasticità dell'espressione psico-motoria.

M. DUPRÉ pensa che tutti i simulatori sono lungi dall'essere degli anormali e che la simulazione vera è delle più frequenti.

FAUSTO AMANTEA.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Stenosi infiammatoria cronica della regione cardiaca dell'esofago.

Una donna di 34 anni presentava da 11 anni dei disturbi, che si erano iniziati con il reflusso di liquido dal naso nell'atto di bere; alla fine di ogni pasto, la donna avvertiva malessere, costrizione all'epigastrio; la disfagia si era frattanto accentuata, specialmente per i liquidi, che non potevano essere ingeriti che in piccola quantità. L'appetito era conservato, ma ad ogni boccone, l'ammalata accusava un senso di costrizione all'epigastrio, variabile secondo gli alimenti; per molte ore, sentiva un peso che la soffocava, e la voce meno chiara; qualche sorsata di liquido portava allora sollievo.

Tosse notturna: costipazione: da escludersi traumatismi, sifilide, alcool, tabacco.

In seguito ad un incidente acuto (dolore puntorio all'ipocondrio sinistro ed elevamento di temperatura fino a 40° la sera, per ritornare a 37° il mattino) dileguatosi dopo otto giorni, l'ammalata, fino allora considerata come dispeptica, venne sottoposta all'esame radioscopico.

Si riscontrò: stenosi esofagea serrata della porzione diaframmatica vicino al cardias, con dilatazione cilindroide e voluminosa, larga 4 cm. ed alta quanto tutta la porzione toracica; 250 cmc. di latte di bismuto fluido impiegano circa 1/4 d'ora a passare, accumulandosi prima nella sacca. Di faccia, l'ombra esofagea si porta sul cuore e sul campo polmonare destro; lo stomaco ha forma e volume normali; peristaltismo violento, con leggera stasi, cinque o sei ore dopo l'ingestione di bismuto.

All'esofagoscopia, si trovò retrodilatazione esofagea abbastanza voluminosa (circa un litro e mezzo di capacità) che conteneva gli alimenti ingeriti giorni prima; la stenosi è costituita da un cardiospasmo, che ha subìto la degenerazione cicatriziale con ostruzione quasi completa. Con quattro sedute di dilatazione, i sintomi esofagei scomparvero: l'ammalata aumentò 900 gr. di peso in 14 giorni. (De Jong e Boulay. *Soc. méd. d. hôpitaux* anno 36 n. 21).

fil.

Ascaridiasi causa di ittero.

H. Bourges (*Soc. méd. d. Hôpitaux*, 1921, pagina 1491) riferisce il caso di un soldato ammesso all'ospedale per anemia ed ipertrofia splenica, che aveva sofferto in antecedenza attacchi febbrili a causa ignota. Il paziente era apiretico, notevolmente dimagrato, con spiccato pallore della cute e mucose, colore subitterico delle congiuntive; milza ingrandita e dolente alla palpazione: feci non scolorate: urina senza acidi o pigmenti biliari, nè urobilina in quantità notevole.

All'esame del sangue si trovarono 3.350.000 emazie, 16.000 leucociti (58 % polinucleari, 7 eosinofili, 35 mononucleari, pochi mielociti e qualche emazia nucleata); diminuita resistenza delle emazie: Wassermann negativa.

Il fatto che il paziente aveva emesso due ascaridi e la presenza di eosinofilia indusse l'A. a somministrargli la santonina, che fu seguita da emissione di altri ascaridi (la prima volta 13, la seconda 14) e da graduale miglioramento, con scomparsa del pallore, ritorno delle forze, modificazione delle condizioni del sangue, che dopo due mesi divennero quasi normali.

Tale paziente aveva dunque una sindrome emolitica, che scomparve con la somministrazione di santonina: la distruzione delle emazie non può attribuirsi in tal caso a sifilide, malaria, tubercolosi, ecc., ma probabilmente va riferita agli ascaridi.

L'ascaridiasi, di fatto, è ora considerata una vera intossicazione: questi vermi contengono acidi grassi liberi, aldeidi, sali di eteri ed un composto dapprima ignoto l'alcool ascaril; nelle loro escrezioni, si sono trovati acidi grassi, aldeidi, mercaptani, ammoniaca. Tutte queste sostanze non solo agiscono da irritanti, ma possono anche, in seguito al loro assorbimento, determinare i sintomi nervosi, che si riscontrano in chi è affetto da ascaridiasi, mentre poi gli acidi grassi non saturati, come l'oleico e l'acrilico, distruggono le emazie. Anche nell'anchilostomiasi si osserva tale emolisi, la quale può quindi venire ammessa anche per gli ascaridi.

fil.

Il contenuto duodenale in casi di ulcera peptica.

M. Einchorn (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n. 33, 1921) riferisce su ricerche eseguite in malati a digiuno, e poi 1/2, 1, 1 1/2, 2 ore dopo l'ingestione di una colazione di prova (brodo). Su 40 casi esaminati (ulcera gastrica 10, pilorica 11, duodenale 19) in 16 si potè prelevare dal duodeno, o a digiuno o in uno dei prelevamenti frazionali dopo la colazione di prova, del contenuto acido. In due di questi casi (ulcera pilorica) il contenuto duodenale

risultò acido in tutti i prelevamenti. In 24 casi (ulcera gastrica 7, pilorica 6, duodenale 11) il contenuto duodenale fu sempre alcalino.

Il grado di acidità del succo gastrico non sembra all'autore avere importanza nel determinismo dell'acidità del contenuto duodenale.

POLLITZER.

Resezione o gastro-enterostomia nelle Ulcus ventriculi distanti dal piloro?

La discussione su questo punto è antica quanto la decisione da parte di alcuni di considerare l'ulcera come un tumore maligno e soggetta quindi a resezione (M. Krabbel, *Zentralblatt für Chirurgie*, n. 27, 1921). Il numero dei partigiani dell'intervento radicale dapprima crebbe, ma oggi tende di nuovo a diminuire. L'A. si schiera dalla parte di coloro che, come Garré, sono rimasti fedeli alla gastroenterostomia nelle ulcere lontane dal piloro: nella sua statistica il numero dei pazienti guariti con tale intervento salgono al 75 %.

A sostegno della sua tesi riporta un caso di un individuo che operato di ulcera callosa della piccola curvatura, complicata a colelitiasi, e nel quale fu praticata una semplice gastroenterostomia e colecistectomia venne a morte per malattia intercorrente 3 mesi dopo. L'autopsia dimostrò come dell'antica ulcera non vi fossero rimaste che le tracce sotto forma di una cicatrice appena accennata, radiata. Il piloro che era stato escluso mediante sutura era appena pervio alla punta di una penna da scrivere, mentre la gastro-enterostomia permetteva l'impegno del pollice.

MGZ.

Indicazioni per l'operazione nel pilorospasmo.

L'operazione di Weber-Ramstedt (sezione longitudinale della sierosa e della muscolatura ipertrofica dell'anello pilorico fino alla sottomucosa, senza consecutiva sutura) è molto superiore alla gastro-enterostomia e si dovrebbe applicare a tutti i casi gravi. È necessaria una rapida distinzione dei casi gravi da quelli più lievi, per non affidare al chirurgo un lattante gravemente denutrito. Tale distinzione sarà fatta seguendo i criteri seguenti: 1) La malattia ha decorso tanto più grave, quanto più precocemente il vomito ha raggiunto proporzioni notevoli, e quanto più rapidamente la sintomatologia si è completamente sviluppata; se il quadro morboso è già tipico alla fine della 3ª settimana di vita, si tratta certo di un caso grave.

2) Il caso è grave, se la quantità di cibo vomitato (lo si deve pesare per due giorni di seguito) raggiunge i 2/3 del cibo ingerito.

3) Il pilorospasmo assume particolare gravità quando la malattia è famigliare.

I casi lievi (vomito e perdita di peso scarsi, mai indebolimento tanto spiccato da rendere impossibile la suzione) guariscono con una adatta cura medica nel corso di 8-12 settimane. (L. Langstein, *Berlin Klin. Wochenschr.*, n. 13, 1921).

POLLITZER.

Sull'opportunità dell'operazione dell'appendicite.

Se, osserva H. Doerfler (*Münch. med. Wochenschr.*, n. 30, 1921), si sanno distinguere bene i casi di appendicite che vanno operati precocemente da quelli nei quali è opportuno tentare la cura medica, la mortalità in genere dell'appendicite non supera il 1/2 %. La cura medica si può tentare solo in quei casi nei quali il processo infiammatorio si mantiene nettamente localizzato all'appendice e ai tessuti immediatamente vicini nei quali lo stato generale si mantiene buono e l'addome bene trattabile in tutti i quadranti. Si impone la operazione immediata (possibilmente entro i primi tre giorni) quando esista anche un unico sintomo grave. Sintomi gravi sono quelli che indicano l'avvicinarsi della peritonite. Questi sintomi sono:

a) da parte delle condizioni generali: facies addominale accompagnata da forti dolori a tutto l'addome o alla regione cecale, lingua arida, vomito ripetuto, alta frequenza del polso (anche se esiste febbre), febbre elevata, segni di occlusione intestinale, agitazione dell'infermo, ipotermia che accompagna evidenti fenomeni infiammatorii, dolori ad ogni movimento;

b) sintomi locali: spasmo muscolare generale e locale (segno di perforazione), forte sensibilità alla pressione, senso di resistenza che aumenta rapidamente accompagnato da iperestesia tattile, meteorismo più o meno accentuato di tutto l'addome, meteorismo localizzato alla regione cecale, forte sensibilità alla pressione di tutto l'addome, disturbi nella minzione, diarrea, albuminuria, lieve ittero, brividi.

Ove sia presente uno solo dei sintomi enumerati si dovrà operare al più presto.

POLLITZER.

Sulla creazione di uno sfintere nell'ano preternaturale.

La creazione di un ano preternaturale continente costituisce ancora un punto oscuro nella chirurgia addominale (W. Goldschmidt, *Zentralblatt f. Chir.*, n. 27, 1921). L'A. propone un metodo che si può riassumere così: Incisio-

ne obliqua dell'addome, ricerca dell'S romano e sutura dell'ansa al peritoneo, avendo cura di distaccare l'intestino dal mesentere per un tratto di 2-3 dita trasverse di modo che la sutura al peritoneo parietale avvenga nel modo più completo possibile. In questo modo la cavità peritoneale viene esclusa esattamente. A livello dell'incisione già fatta si incide ancora la pelle a destra e a sinistra in modo che ne risultino due strisce larghe 1 ½-2 cm. e lunghe 6-8, intorno all'ano.

Sopra queste due strisce viene trasportata la pelle vicina previamente mobilizzata e poi fissata ai bordi dell'incisione addominale. In questo modo vengono costruiti due tunnel con una base di cute e un tetto rappresentato dal sottocutaneo della pelle mobilizzata. Il tunnel viene mantenuto pervio mediante l'apposizione di un drenaggio di gomma e in breve tempo si epitelizza perfettamente. Nel tunnel così costruito intorno all'ano si fa passare un apparecchio contentivo che permetta la chiusura e l'apertura dell'ano, nonchè il cambio dell'apparecchio stesso. Affinchè il successo sia completo si raccomanda di far trascorrere più tempo possibile tra il 1° tempo e l'apertura dell'intestino. L'operazione viene ancora semplificata se rinunciando ai due tunnel sottocutanei si fa passare semplicemente il drenaggio sotto cute attraverso due piccole incisioni della cute solamente: del resto si può anche suturare a borsa di tabacco. Il principio si può riassumere semplicemente nella creazione di un canale intorno all'ano preternaturale in cui si possa guidare lo sfintere artificiale. Il tempo di osservazione non è troppo lungo e anche qualche insuccesso si è dovuto lamentare (insufficienza della sutura, impossibilità dell'applicazione del drenaggio per l'ipersensibilità del paziente), ma i vantaggi del metodo sono la possibilità da parte del paziente di cambiare e regolare l'ano e di rispettare la muscolatura dell'addome.

MGZ.

Il caolino nelle affezioni intestinali.

Il caolino o argilla depurata o *bolus alba* è silicato di alluminio idrato. Viene posto in commercio disseccato, in polvere finissima; viene prescritto sospeso in acqua.

R. R. Walker (in *Medical Record*, 16 luglio 1921) ricorda che le virtù medicinali del caolino furono già riconosciute dai romani. Di recente esso è stato adoperato nel trattamento della dissenteria, del colera, dello sprue, della difteria (per insufflazioni nelle fauci), ecc.

Il suo valore nell'arrestare il decorso del colera sarebbe stato dimostrato da V. Kuhn, il quale avrebbe ridotto la mortalità per questa malattia dal 60 al 3 %.

Durante l'episodio di colera manifestatosi a Footchow nel 1919, il rimedio fu usato con molto successo; dall'A. veniva prescritto sospeso in acqua a parti uguali: i pazienti erano incoraggiati a bere quanto più fosse possibile di questa poltiglia. Su 30 casi così trattati, si ebbe una sola morte, ma dovuta a complicazione puerperale; i convalescenti venivano dimessi dall'ospedale in soli sei giorni. Nei pazienti che giungevano all'ospedale in stato di collasso, si praticavano anche ipodermoclisi o fleboclisi e irrigazioni rettali; si usavano inoltre le ventose semplici, ripetute, per produrre stimolazioni cutanee. Nella pratica dell'A., il caolino fu più efficace da solo anzichè associato a iniezioni endovenose ipertoniche, come le raccomanda Rogers.

Secondo l'A., i principali vantaggi di questo trattamento consistono nella semplicità, nell'arresto immediato dei sintomi d'intossicazione, nella pronta cessazione dei vomiti e nel pronto ritorno dell'urinazione.

Dopo un paio d'ore di trattamento caolinico, il vomito cessava completamente, la diarrea cedeva ed in 36 ore s'iniziava la convalescenza.

L'A. descrive una serie di esperimenti eseguiti sugli animali, corredati da esami batteriologici e microscopici; risulta che anche in dosi enormi il caolino non ha effetti nocivi e che mantiene invariata la consistenza poltacea; che esso agisce per adsorbimento, fissando le tossine del colera, ed in parte come filtro, dopo essersi depositato sulle pareti gastriche e intestinali.

Secondo l'A., il caolino è utile anche nella dissenteria e, per irrigazioni intestinali, nelle coliti.

Il numero di casi trattati non è ancora bastevole per consentire conclusioni definitive; ma i risultati sono così incoraggianti, da autorizzare a comprovarli e ad estendere le applicazioni del rimedio nel trattamento delle affezioni gastro-intestinali.

L. V.

SEMEIOTICA.

Una nuova prova diagnostica per la tubercolosi.

A proposito di uno studio sull'intradermo-autosieroreazione per la tubercolosi, dell'Imhof, il dott. Leone, della II Clinica Medica di Napoli, rende noto le proprie ricerche datanti da un anno (*Folia medica*, 1921, n. 9).

La tecnica del Leone è differente alquanto da quella seguita dall'Imhof: egli infatti raccoglie da un dito del paziente 40-60 gocce di

sangue, lascia per 45 minuti a 60° il siero e con due gocce di questo pratica la intradermoreazione: una papula rossa indica dopo 24-48 ore la reazione positiva.

L'A. nei suoi esperimenti ha constatato sempre tale reazione positiva allorchè la reazione alla tubercolina e l'uroreazione del Wildbolz sono positive; negative, come le altre, negli stati anergici e nei controlli.

MONTELEONE.

La prova di Roncal per la diagnosi di tubercolosi.

Si aggiungono 20 gocce di soluzione di alizarina a 1 % allo sputo sospetto: questo, se è tubercolare, assume colorazione rossastra, mentre si forma un precipitato amaranto; lo sputo non tubercolare, invece, si colora in rosso-porpora, non dà quasi mai precipitato; se questo si forma è di colore azzurro e tende piuttosto a rimanere sospeso come una nabecola. Genoese (*Pediatria*, 1921, fasc. 5) ha saggiato tale reazione in numerosi casi di tubercolosi (polmonare, peritoneale, meningea, ecc.) ed ha ottenuto la reazione positiva, mentre l'ha avuta negativa nello sputo di bambini affetti da altre malattie. *fil.*

IGIENE.

L' approvvigionamento del latte puro e sano.

G. Neppi negli *Annali d'Igiene*, 1921, n. 6, pag. 359, si occupa del problema dell'igiene del latte la cui importanza vitale è ovvia quando si pensi all'enorme consumo che di tale alimento vien fatto per parte delle popolazioni dei grandi e piccoli centri, e riassume nelle seguenti proposizioni le condizioni indispensabili per ottenere un latte puro e sano tale da considerarsi igienico sotto ogni punto di vista:

1° Il latte deve provenire da animali sicuramente sani, nutriti con alimenti adatti e mantenuti in stalle che rispondano a tutte le norme dell'igiene moderna. Il latte di un animale, comunque ammalato, deve in ogni caso venire assolutamente escluso dal consumo alimentare diretto. Il controllo sanitario deve essere perciò continuo e bene oculato.

2° Il latte deve venire munto e raccolto con la massima pulizia per parte di persone assolutamente sane, che debbono usare ogni cautela igienica, perchè il latte non venga inquinato sia dalle loro mani, sia dalle loro vestimenta.

3° Il latte deve essere munto, raccolto, conservato in recipienti pulitissimi e dopo il minor numero possibile di passaggi, venire rinchiuso in bottiglie o vasi di facile pulizia e bene sigillati, portanti impressa la data della mungitura. Tali recipienti saranno rimessi possibilmente integri al consumatore, che perciò potrà egli stesso avere la garanzia e sincerarsi della sicura purezza ed innocuità del latte.

4° Il latte, specialmente nei mesi caldi, durante il periodo che passa tra le mungiture ed il consumo, dovrà venir conservato con tutti quei mezzi atti ad ostacolare lo sviluppo dei germi saprofiti. Nei comuni refrigeranti un latte puro, può conservarsi 24-48 ore ed anche più, dopo la mungitura.

MONTELEONE.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'eziologia dei tumori maligni.

G. L. Rohdenburg e F. D. Bullock avevano fatto l'interessante rilievo che nei topi il sarcoma del fegato è quasi sempre associato con il *Cysticercus fasciolaris*, stadio larvale della *Taenia crassicollis* del gatto, e che la neoformazione si origina quasi sempre nelle pareti della cisti.

Ora Bullock e M. R. Curtis (*Proceedings of the New York Pathological Society*, ott.-nov. 1920; *The Lancet*, 24 sett. 1921) hanno eseguito una serie di ricerche sperimentali per accertare il compito di questo parassita nell'eziologia del cancro.

Oltre un migliaio di giovani ratti furono infestati con dosi determinate di sospensioni d'uova di tenia, introdotte nel faringe; eliminato un ceppo di ratti che si dimostrò immune dall'infestazione, rimasero 565 animali, di cui 279 sopravvivevano quando venne scoperto il primo tumore, nove mesi dopo l'inizio dell'esperimento. Nel corso di sei mesi successivi, 230 di questi animali vennero a morte o furono uccisi, e di essi 55 furono trovati sarcomatosi, il che dà la proporzione elevatissima del 29 %.

Venne pure assoggettata ad esame la prole: su 2500 animali appartenenti a quattro generazioni, 30 mostrarono dei tumori fino al mese di gennaio 1921; dopo di allora altri 125 ne vennero colpiti.

Ciò dà un totale di 210 tumori, prodotti sperimentalmente.

L'esame istologico dimostrò che i neoplasmi erano sarcomi a cellule fusiformi o polimorfe, e che nei ratti infestati (1ª serie) lo sviluppo del tumore s'iniziava sulle pareti della ciste. Poichè i tumori continuarono a prodursi anche nelle generazioni successive, non più infestate (la trasmissione della tenia si opera solo attraverso il gatto, ospite intermedio), il compito della ciste non può essere se non quello di

produrre un'*irritazione meccanica o chimica* sul tessuto connettivo circostante, che subisce la degenerazione sarcomatosa.

Le ricerche di cui ci occupiamo, condotte nei laboratori del Crocker Cancer Research Fund di New York, sono da avvicinare a quelle, d'importanza fondamentale, eseguite da Fibiger sul cancro da spirottere.

Le une e le altre trovano una spiegazione nel cancro da irritazioni meccaniche o chimiche protratte o ripetute: per es., nelle esperienze di Yamagiwa e Ishikawa, di Fibiger, di Murray e Woglom, sui conigli e sui topi assoggettati a pennellazioni di catrame.

Dunque esse non risolvono ancora il problema della *causa immediata, diretta, efficiente,* dei tumori maligni.

Nuove ricerche in questo senso sono state eseguite da J. W. Nuzum (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, agosto 1921): adottando la tecnica colturale di Noguchi, egli avrebbe isolato dal carcinoma dei topi (ceppo carcinomatoso n. 11 del Crocker Fund) un micrococco minutissimo, filtrabile, immobile, Gram positivo, coltivabile allo stato di purezza ma che nelle colture dimostrerebbe un grande pleomorfismo pur mantenendo le caratteristiche morfologiche e colturali: per es., alle volte compaiono forme grandi che si avvicinano agli streptococchi. Le iniezioni di colture nei tessuti del torace dei topi provocano spesso la produzione di noduli che crescono per 10-30 giorni e poi sogliono regredire; microscopicamente dimostrano un tessuto neoformato in cui le cellule si moltiplicano attivamente, sostenuto da uno stroma connettivo che diviene vascolarizzato. In un topo si ebbe la produzione di un tumore a rapidissimo sviluppo, che dopo un mese era grosso come una nocciola e che al microscopio dimostrò una struttura tipica di carcinoma alveolare (identico a quello di origine) e nei trapianti dette l'80 % di esiti positivi.

L'A. si guarda bene dal sostenere di avere scoperto l'agente del cancro. Difatti un solo esperimento positivo su 1200 inoculazioni dice troppo poco; non solo, ma il rapidissimo sviluppo del tumore e la forte percentuale d'innesti positivi sono troppo lontani dalle caratteristiche dei tumori spontanei.

Il microrganismo di Nozum ricorda troppo altri microrganismi isolati da tanti altri autori ed il cui compito eziologico non è stato mai accertato.

L. V.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1424) *Preparazione del latte sterile per la proteinoterapia.* — Al dott. G. A., abb. n. 5964:

Si può nella maniera più semplice preparare il latte sterile, bollendolo estemporaneamente per 10-15 minuti, prima dell'iniezione.

Per avere materiale facilmente conservabile e sterilità sicura conviene ricorrere alla *sterilizzazione frazionata in autoclave.* Lo si trova già preparato in fiale presso molti Istituti: a Roma, p. es., l'Istituto Terapeutico Romano lo prepara in fiale da 10 cmc. Ottima preparazione che attualmente gode il favore di molti studiosi è il Caseosan, soluz. alcalina al 5 % di caseina pura (Linding); si ottengono i medesimi effetti, col vantaggio di avere un composto costante. *t. p.*

(1425) Al dott. A. C., abb. n. 10910:

Quale trattato di metodi di laboratorio applicati alla clinica consigliamo il Bard, *Précis des examens de laboratoire*, 1918, Masson, éd.. Paris.

Il volume dell'Ascoli sui metodi di immunidiagnosi risponde ai requisiti da lei richiesti.

t. p.

(1426) *Sulla cura dell'Acariasi da grano.* — Al dott. L. M. da C. d. S.:

Ella può consultare il fasc. 1° del *Policlinico* Sez. Pratica, anno 1921, pag. 30, dove lo scrivente ha suggerito quanto può essere utile.

In quanto ad opuscoli o memorie che ne trattino diffusamente può consultare:

Laboulbène, et Megnin: Mémoire sur la *Sphaerogyra ventricoso.* Journ. d'Anat. et de Physiol., XXI, p. 1.

Ducrey: Acariasi da grano in forma epidemica dovuta al *Pediculoides ventricosus.* Atti Soc. Toscana d'Igiene, 4 dicembre 1908.

Sberna: A proposito della nuova malattia di S. Maria a Monte, ossia acariasi da grano. Comunicaz. fatta alla Riunione della Soc. Italiana di Dermatologia, 1908.

Alessandrini: Manuale dell'Igienista di A. Celli - Vol. I: Parassitologia, pag. 1076. Torino, 1912.

L. Puntoni: Epidemia di acariasi del grano (da *Pediculoides ventricosus*). Policlinico, Sezione pratica, fasc. 45, anno XXVII, pag. 1273.

G. ALESSANDRINI.

(1427) Ai dott. A. R. da V. e R. C. da F.:

Per i testi di « Elementi d'Igiene » consulti le risposte già date nel 1919 a p. 469 sotto il n. 1069, ed a p. 729 sotto il n. 1091.

R. B.

(1428) Al dott. D. S. da S.:

Non si risponde ad anonimi. Le sigle vengono usate nel giornale a richiesta degli interessati; ma i quesiti devono portare la firma.

L. P.

(1429) All'abb. n. 8630:

Per la preparazione di autovaccini consulti: N. Fiessinger « Les Diagnostics biologiques en clientèle », Paris, A. Maloine et Fils, Ed., 1921, pp. 138-143.

g. s.

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrarci più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, e il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali, ma non è garentita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente.

LA REDAZIONE.

VARIA

Un ambasciatore che non conosceva la chimica.

Nel suo libro « Origines de la guerre », al capitolo « Les journées tragiques », l'ex-presidente della Repubblica francese Poincaré racconta una storiella quasi inverosimile, relativa all'assassinio di Serajevo e alla cura meticolosa con cui venne condotta l'inchiesta austriaca che doveva dimostrare, *per fas et nefas,* la responsabilità del governo serbo nel delitto.

« Un dettaglio piccante, scoperto dal compianto Ernest Denis, mostra tutto ciò che v'era di artificiale e di affrettato nelle accuse austriache. Il testo francese della Memoria che il conte Sczen consegnò il 27 luglio, cioè la vigilia della dichiarazione di guerra, a Bienvenu-Martin, il quale teneva l'*interim* degli Esteri, dice che, per assicurare il segreto del complotto, gli organizzatori, Tasskosik e Ciganovic, commisero a Zian Kali di intimare, ai due esecutori, di uccidersi dopo l'attentato. — Zian Kali, chi era questo nuovo criminale che doveva rammemorare ai congiurati il giuramento sacro da essi fatto di uccidersi, per seppellire con sè il loro segreto? Denis si riportò al testo tedesco e trovò che si trattava di Cian-Kali, designazione tedesca del cianuro potassico; la redazione primitiva era semplicemente questa: « Gli istigatori dell'attentato rimisero cianuro potassico agli esecutori, con l'ordine di avvelenarsi, una volta compiuto l'omicidio »!

L'ambasciatore austriaco, digiuno di chimica, trasse un uomo dal cianuro potassico!...

I tedeschi sanno fare di meglio ancora: hanno tratto un tipo etnologico da un'astrazione filosofica: è un vero *record.* Ecco come andarono i fatti. Quando il celebre filologo tedesco Max Müller, che insegnava a Cambridge, creò il suo *ramo delle lingue indo-europee,* non vigeva ancora la consuetudine delle abbreviazioni a base d'iniziali, altrimenti lo avrebbe designato con le lettere R. I. E.; ma per brevità egli usò l'espressione di ramo della *lingua ariana;* su questa designazione filologica i suoi compatrioti edificarono un tipo etnografico, il tipo ariano, che non esiste ma a cui essi non mancarono di attribuire indici cranici ben definiti...

(Dal *Journal de Méd. de Bordeaux,* 10 lug. 1921).

Il vino e la durata della vita.

Il dott. Ch. Fiessinger, nel libro *Vingt régimes alimentaires en clientèle* (Paris, Maloine, 1921), sostiene che hanno ragione i ginnasti — *les athlètes* — che in America reclamano contro la condanna all'acqua e che minacciano di rinunziare ai loro esercizi se non sono autorizzati, come gli ambasciatori, a bere il vino.

L'influenza delle diverse bevande viene riassunta così dal Fiessinger: vive meno chi abusa del vino; vive più a lungo chi beve acqua sola; vive più dell'uno e dell'altro chi beve vino moderatamente. Gli alcoolisti muoiono in media a 50 anni; i bevitori di acqua a 59 anni; e i bevitori moderati di vino a 63.

« Noi non ripeteremo, egli dice, con la maggior parte degli igienisti contemporanei, che il vino è un alimento deplorevole. Certuni possono facilmente farne a meno; altri cadono, privandosene, in uno stato di debolezza inquietante. Dire che questi ultimi rassomiglino ai morfinomani che hanno bisogno della morfina, che l'annientamento fisico in cui cadono risulti dalla privazione dell'abituale eccitante, sarebbe un'esagerazione. Ma nei morfinomani la soppressione dell'eccitante produce una depressione, che dura alcuni giorni, qualche settimana, mentre che la depressione da mancanza del vino dura indefinitamente e spesso si è costretti a ritornare al suo uso ».

Non sappiamo l'origine e il valore dei dati statistici del dott. Fiessinger; ma certo essi corrispondono alla esperienza comune.

(*Bollett. Consorz.,* ag. 1921).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici della Provincia di Roma.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, nella seduta del 1° corr., ha stabilito di commemorare solennemente in una speciale tornata dell'Ordine il dott. Ettore Prosperi, morto per infezione contratta nell'adempimento del suo dovere.

Ha ricevuto comunicazione della condanna all'ammenda di L. 500 ed alle spese del processo inflitta dal 1° Pretore Urbano di Roma al dott. Alfredo Carbonetti, medico odontoiatra, per avere esercitata la professione durante il tempo in cui dal Consiglio dell'Ordine era stato sospeso dall'esercizio professionale.

Ha preso nota della discussione che doveva aver luogo il giorno 7 ottobre davanti alla IV Sezione del Consiglio di Stato, alla quale da parecchi anni ha ricorso il dott. Kauffmann cui era stata negata dal Consiglio dell'Ordine la iscrizione nell'Albo perchè proveniente da uno Stato (Germania) che non concede la reciprocità di esercizio ai medici italiani. L'assemblea generale dell'Ordine ed il Consiglio Superiore di Sanità avevano a suo tempo approvato la deliberazione del Consiglio amministrativo dell'Ordine.

Si è deciso di deferire al Procuratore del Re un dentista meccanico che, ingannando la pubblica fede, adoperava abusivamente il titolo di dottore e di medico-chirurgo.

In considerazione delle continue osservazioni che da parte di molti colleghi vengono espresse intorno all'azione del Consiglio, il Presidente richiama tutte le pratiche svolte dal Consiglio stesso per le questioni sulle quali ha portato il suo esame e il suo studio, varie volte senza risultati favorevoli, ed il Consiglio rileva che tutti i casi d'insuccesso vanno ricercati nelle manchevolezze della legge e del regolamento che disciplinano le funzioni degli Ordini.

E pertanto il Consiglio ha deciso di presentare un concreto programma di modifiche alla legge e al regolamento suddetti, maturate nella esperienza giornaliera compiuta, alla prossima assemblea generale, onde associare tutte le forze della classe medica italiana, per ottenere dagli organi legislativi gli invocati provvedimenti.

Il Consiglio ha stabilito di prendere accordi con altre Associazioni cittadine perchè durante gli scioperi degli addetti a pubblici servizi l'assistenza sanitaria possa essere assicurata alla cittadinanza con adeguati mezzi di comunicazione e di trasporto e col minore disagio possibile per i medici.

Infine ha deciso di appoggiare con tutti i mezzi il medico condotto di Civitella d'Agliano per il ricorso avanzato da quel Comune alla IV Sezione del Consiglio di Stato contro l'applicazione della condotta residenziale.

Sindacato Medico di Roma e Provincia.

È stata diramata la seguente circolare ai medici di Roma e provincia:

Egregio Collega,

Ossequienti al deliberato dell'assemblea degli aderenti tenutasi il 29 settembre nella Sala dell'Ordine. Ti rimettiamo lo Statuto del nostro Sindacato, pel quale sollecitiamo la Tua adesione. C'è tutto da fare nella nostra classe, ultima arrivata nel grande arrengo delle competizioni economiche: cooperazione significa oggi dovere: e tale dovere va compiuto da ognuno a favore di tutti e da tutti a favore d'ognuno, e tanto più solidalmente quanto più in alto nella gerarchia sociale ognuno di noi si trova.

Gli aderenti:

Buglioni G. B. — Pampiglione G. — Marzio Quirino — Ariola Luigi — Scarano Raffaele Antonio — Ascarelli Attilio — Caccialupi Pietro — Trulli Nicola — Missoni Ignazio — Rossi Renato — Faelli Giulio — Matteuzzi Ercole — Tamanti Vasco — Ambrogetti Pietro — Clementi Antonini — Antonelli Giovanni — Baffoni Luciani Filiberto — Belfiglio Giuseppe — Valentini Gabriele — De Bernardis Giovanni — Drago Armando, ecc.

Il Comitato organizzatore:

Alessandrini Alessandro — Grossi Ennio — Bucchi Codro — Leone Calogero — Genovesi Filippo.

N. B. — Le adesioni, accompagnate dalla relativa quota, vanno indirizzate al dott. Bucchi Codro, Piazza Vittorio Em., 55 - Roma.

Ecco il testo dello Statuto:

Art. 1. — È costituito in Roma, fra i medici della città e provincia di Roma, il Sindacato per la tutela degli interessi economici e morali della classe.

Art. 2. — Il Sindacato è costituito da tutti i medici di Roma e provincia che accettano il presente Statuto.

Art. 3. — Il Sindacato provvede all'organizzazione ed alla coordinazione delle singole categorie dei medici per tutelare tutti gli interessi morali e materiali delle categorie stesse, stringendo eventualmente con altre organizzazioni professionali speciali accordi di alleanza per questioni di comune interesse.

Art. 4. — Il Sindacato è rappresentato da un Comitato direttivo e da una Commissione esecutiva.

Art. 5. — Entreranno a far parte del Comitato direttivo i rappresentanti delegati delle organizzazioni di categoria in ragione direttamente proporzionale agli inscritti di ogni singola categoria.

Art. 6. — I medici che non siano inscritti ad alcuna organizzazione avranno il diritto di rappresentanza in ragione di uno ogni cinquanta.

Art. 7. — Il Comitato direttivo nomina nel proprio seno la Commissione esecutiva composta di

tre membri e potrà scegliere anche al di fuori del proprio seno il segretario ed il cassiere.

Art. 8. — I membri del Comitato direttivo stanno in carica un anno e sono rieleggibili non oltre la terza volta.

Art. 9. — Dovere del Comitato direttivo è quello di prendere in esame con la maggior cura e sollecitudine le questioni riguardanti gli interessi economici e morali degli inscritti, sia per diretta iniziativa, sia sopra richiesta delle organizzazioni o individualmente dai soci inscritti. La Commissione esecutiva curerà l'applicazione dei deliberati del Comitato Direttivo e potrà deliberare anche di propria iniziativa in merito alle questioni più urgenti, riferendone poscia al Comitato stesso.

Art. 10. — Gli appartenenti al Sindacato sono tenuti alla rigida osservanza della disciplina sindacale; contro i trasgressori verranno presi opportuni provvedimenti disciplinari.

Art. 11. — L'assemblea generale degli inscritti al Sindacato verrà indetta almeno una volta ogni tre mesi.

Art. 12. — Il Comitato direttivo ha la facoltà di nominare delle Commissioni per lo studio di speciali interessi di classe.

Art. 13. — Il Comitato direttivo potrà occuparsi di questioni riguardanti associazioni organizzate sia quando il suo intervento corrisponda ad interessi della classe.

Art. 14. — Si provvede al finanziamento del Sindacato mediante una quota annuale di lire dodici (L. 12) per ogni inscritto.

Art. 15. — Per tutte le pratiche di ufficio vigono le norme sancite in un regolamento speciale.

Art. 16. — Il Sindacato riunito in Assemblea espressamente convocata potrà modificare il presente Statuto.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9049) *Stipendio - Provvedimenti in caso di ritardo o di rifiuto.* — Dott. A. L. da A. — Il quesito da Lei proposto è interamente ed ampiamente risoluto nella «Legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale», del comm. avv. Alberto Vigo (*Doctor Justitia*), a pag. 110.

(9051) *Tassa circolazione automobili.* — Dott. O. C. da S. V. L. C. — Non consta che sia stata concessa una riduzione della tassa di circolazione degli automobili destinati al servizio dei medici condotti.

(9052) *Ufficiale sanitario - Nomina fatta dal Prefetto.* — Dott. G. V. da S. — La facoltà del Prefetto di nominare ufficiali sanitari senza concorso è scaduta da tempo.

(9053) *Concorsi per la nomina a medico condotto.* — Dott. A. P. da C. — Avendo la relativa abilità fisica può ben Ella prendere parte a pubblici concorsi, avendo l'età di anni 49. Anche con 67 anni di età si può rimanere in servizio, sempre che si conservino le forze adeguate al servizio, che occorre disimpegnare. I documenti accennati debbono essere presentati in italiano, ma non occorre il visto consolare.

(9054) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. A. da P. — Le compete l'indennità caro-viveri dal 1° gennaio 1919 nella misura di L. 65, non potendosi calcolare la sorella e la madrigna, poichè non sono entrambe, od almeno una di esse, inabili a lavoro. Può citare il Comune dinanzi all'autorità giudiziaria perchè trattasi di un vero diritto violato.

(9055) *Disdetta dell'abitazione.* — Dott. P. M. da F. M. — Poichè nel Capitolato è detto che sarà assicurato al medico condotto un conveniente alloggio, è d'uopo che trasmetta per mano di usciere all'Amministrazione del Consorzio la diffida che ha ricevuta perchè adempia all'obbligo assunto col contratto di nomina. Nel giorno 28 corrente si presenti in giudizio e promuova l'intervento in causa dell'Amministrazione consortile. La disdetta è valida, sempre che subentri nell'abitazione, il padrone della casa, che si rende, in caso contrario, responsabile di danni. Vendendosi la casa, l'acquirente deve rispettare i contratti in corso con gli inquilini, prorogati in forza di legge.

(9056) *Stabilità.* — Dott. A. C. da A. — Può calcolare in suo favore il tempo trascorso dal 16 dicembre 1920 ad oggi nella condotta suburbana. Diventerà, quindi, stabile il 16 dicembre 1922.

(9057) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. B. da V. di C. — Gli aumenti di stipendio accennati, decorrono dal giorno dell'approvazione da parte dell'autorità tutoria dell'atto relativo.

(9058) *Limite di età pei medici condotti.* — Dottor A. G. da G. — Ella può prendere parte al concorso. La parola *altri* usata dal bando è parola generica e può essere intesa anche in relazione a servizio prestato nel medesimo Comune.

(9059) *Età per prender parte a concorsi.* — Dottor E. C. da A. delle F. — Può ben bastare il servizio interinale prestato per farlo esentare dal limite di età, prescritto nei singoli bandi di concorso per la nomina a medico condotto. Confronti: «La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale», del comm. A. Vigo (*Doctor Justitia*), a pag. 65.

(9060) *Imposta di R. M. sullo stipendio.* — Dottor V. R. da M. — Il contratto verbale non può esimerla giuridicamente dal pagamento dell'imposta di R. M. sullo stipendio. Però esso vincola moralmente il Comune a mantenere gli impegni assunti. Sarà bene che Ella risponda al Comune di non essere obbligata alla richiesta restituzione, sia perchè è difeso dalla predetta convenzione, che può essere confermata da testimoni, sia perchè le somme riscosse lo furono in buona fede, senza potersene ora invocare la restituzione con la *condictio indebiti,* che suppone il pagamento fatto per errore e non, quindi, dovuto.

(9061) *Monte pensioni.* — Dott. A. A. da S. — Il contributo Monte pensioni è duplice: uno a carico della Amministrazione comunale ed uno a ca-

rico del medico. In caso di arretrati ognuno paga la quota sua, non potendo l'uno pagare quella dell'altro.

(9062) *Concorso per la nomina a medico condotto.* — Dott. G. G. da F. — Se fra i designati in un pubblico concorso, non accetta il posto colui che fu prescelto dal Consiglio comunale, si deve procedere alla nomina di altro sanitario egualmente dichiarato idoneo, ed, in mancanza, si deve bandire un nuovo concorso.

(9063) *Caro-viveri.* — Dott. T. M. da F. — Il medico libero esercente non ha diritto ad alcun caro-viveri. Ha invece diritto a riceverla l'ufficiale sanitario, in misura da non oltrepassare la propria annua retribuzione.

(9064) *Ricorso contro la nomina dell'ufficiale sanitario.* — Dott. F. G. da S. G. a P. — Non vi era bisogno di alcun commento, giacchè è chiara ed esplicita la disposizione della legge. Contro il decreto del Prefetto che nomina l'ufficiale sanitario non si può ricorrere nel merito, ma solamente per la forma, cioè, per violazione di legge, incompetenza ed eccesso di potere alla IV Sezione del Consiglio di Stato o con ricorso in sede straordinaria al Re.

(9065) *Veterinario comunale - Sua sostituzione da parte dell'ufficiale sanitario.* — Dott. G. P. da V. — A pag. 169 della «Legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale», del comm. A. Vigo (*Doctor Justitia*), troverà ampiamente svolto il quesito proposto.

(9067) *Seconda indennità caro-viveri.* — Dott. G. R. da M. M. — Avendo il Comune deliberato il secondo caro-viveri deve corrispondere l'indennità suppletiva di cent. 85 al giorno per ogni persona di famiglia, compreso il conjuge. Il Decreto che la impone è quello del 3 giugno 1920, n. 737. In caso di diniego da parte del Comune può adire la via giudiziaria.

(9068) *Nomina a perito in causa civile.* — Il medico nominato perito in causa civile dinanzi al Pretore o al Tribunale non si può rifiutare, tranne che il rifiuto non sia giustificato da ragioni di incompatibilità, come parentela, interessi, ecc.

(9069) *Soppressione di condotte.* — Dott. E. C. da A. delle F. — La soppressione di una condotta non è a libito dell'Amministrazione municipale. Essa è deliberata dal Consiglio comunale e deve riportare l'approvazione della Giunta Provinciale Amministrativa e del Consiglio Provinciale di Sanità. Se non ha ancora ottenuta la nomina, non ha alcuna veste per insorgere contro la deliberazione del Consiglio comunale, in quanto che fino al momento della nomina i concorrenti hanno una semplice *nuda spes* di ottenere il posto. Se poi è già stato nominato può sempre, per la disposta soppressione, essere mandato via, perchè, se con la soppressione perdono il posto i medici stabili, a *fortiori* lo possono perdere quelli appena nominati. In ogni caso occorre attendere le decisioni della autorità tutoria.

Doctor JUSTITIA.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Cosenza*: Dottori: Boscarelli Francesco, Bisignano, L. 400 — Riccio Baldassarre, Belvedere Marittimo, L. 400 — Graziadio Vincenzo, Castrovillari, L. 350 — Trombini Luigi, Bonifati, L. 300 — Oliva Gaetano, Scalea, L. 300 — Turano Adolfo, Montalto Uffugo, L. 300 — Carignola Gennaro, Rossano, L. 300 — Fiore Vincenzo, Corigliano Calabro, L. 300 — Musacchio Oreste, San Martino di Fiaita, L. 250 — Spada Venanzio, Dipignano, L. 200 — Frasselli Pietro, Fagnano Castello, L. 200 — Barrese Salvatore, Paterno Calabro, L. 200 — De Rose Gabriele, Rende, L. 200 — De Marco Giovanni, San Giovanni in Fiore, L. 200 — Bumo Luigi Damiano, San Pietro in Guarano, L. 200 — Musacchio Pasquale, Torano Castello, L. 200 — Santagata Francescantonio, Cerchiara di Calabria, L. 200 — Gioia Agostino, Laino Borgo, L. 200 — Laurillo Giosafatte, Langro, L. 200 — Conforti Giovanni, Nocara, lire 200 — Lopasso Francesco, Papasidero, L. 200 — Pirani Agostino, Paola, L. 200 — Cantamecio Lorenzo, Bonvicino, L. 200 — Leporini Angelo, Diamante, L. 200 — Saporito Francesco, Verbicaro, L. 200 — Spina Filippo, Campana, L. 200 — Leonardif Battista, Longebucco, L. 200 — Fonsi Gio. Battista, Paludi, L. 200 — Leone Adolfo, San Giorgio Albanese, L. 200 — Cosentino Alfonso, Aprigliano, L. 150 — De Stefano Giovanni, Castiglione Cosentino, L. 150 — Granato Pasquale, Celico, L. 150 — Capparelli Ercole, Cerzeto, L. 150 — Colosimo Giacomo, Colosimi, L. 150 — Silvagni Antonio, Grimaldi, L. 150 — Valle Francesco, Lattarico, L. 150 — Conforti Giuseppe, Marano Marchesato, L. 150 — Grandinetti Giulio, Parenti, L. 150 — Tucci Giuseppe, Rose, L. 150 — Ricci Vincenzo, Rota Greca, L. 150 — Milano Aristodemo, San Benedetto Nuano, L. 150 — Marsico Eugenio, San Fili, L. 150 — Rizzo Eugenio, Scigliano, L. 150 — Scannati Francesco, Serra Pedace, L. 150 — Ferrari Pasquale, Albidona, L. 150 — Pancaro Severino, Altomonte, L. 150 — Paterno Giuseppe, Cassano Ionio, L. 150 — Castellano Francesco, Civita, L. 150 — Donadio Domenico, Morano Calabro, L. 150 — Camporota Fortunato, San Basile, L. 150 — Pesce Arturo, San Lorenzo Bellizzi, L. 150 — Ribecco Agostino, Spezzano Albanese, L. 150 — Caracciolo Francesco, Terranova di Sibari, L. 150 — Calvosa Ulisse, Trebisacce, L. 150 — Florio Luigi, Amantea, L. 150 — Del Giudice Ernesto, Belmonte Calabro, L. 150 — Riggio Pietro, Falconara Albanese, L. 150 — De Rose Giov. Battista, Fuscaldo, L. 150 — Sollazzo Vittorio, Grisolia Cipollina, 150 — Guaragna Biagio, Orsamarso, L. 150 — Bugliari Francesco; Santa Sofia d'Efisio, L. 150 — Molinaro Emilio, Marano Principato, L. 100 — Tucci Nicola, Marzi, L. 100 — Calfa Camillo, Pedivigliano, L. 100 — Sarpi Ernesto, San Marco Argentano, L. 100 — Misuraca Francesco, San Marco Argentano, L. 100 — Pellegrini Francesco, Cleto, L. 100 — Giannuzzi Lorenzo, Cleto, L. 100 — Serti Francesco Saverio, San Pietro in Amandea, L. 100 — Macri Demetrio, San Demetrio Corone, L. 100 — Marrella Vincenzo, San Demetrio Corone, L. 100.

CONCORSI.

ANAGNI (*Roma*). — A tutto 30 ott. Zona Est. L. 7000 oltre L. 1.50 ogni povero in più di 1500; cinque quadrienni del decimo; doppio c.-v.

APRICENA (*Foggia*). — L. 4500, due c.-v., due sessenni decimo. Scad. 30 ott.

BAGNI DI LUCCA (*Lucca*). — Scad. 31 ott. Tre condotte; L. 6000 e 5 quadrienni decimo; L. 2000 cavalc.; c.-v., e in corso d'approv. 2º c.-v.

CALTABELLOTTA (*Girgenti*). — Scad. 31 ott. Per borgata Sant'Anna; L. 4500.

CANEVA (*Udine*). — Scad. 31 ott. Due reparti; L. 6000 e indennità varie. Rivolgersi segreteria.

CAROSINO (*Lecce*). — Scad. 10 nov. L. 5000 oltre L. 500 uff. san., c.-v., 4 quinquenni decimo, L. 1.50 ogni povero in più di 1500.

CASTEL RITALDI (*Perugia*). — Scad. 10 novembre. L. 6000, c.-v., per cavalc. L. 4000.

CELLERE (*Roma*). — L. 7000 per 2000 poveri, lire 1.50 ogni pov. in più, L. 300 uff. san., L. 500 disag. resid., due c.-v. Entro il 31 ottobre.

CEPRANO (*Roma*). — Scad. 31 ott.; L. 7000 e c.-v.; 5 quadrienni del decimo. Le condotte sono due. Chiedere annunzio.

CISTERNA (*Roma*). — II cond.; L. 7000, oltre L. 1.50 ogni pov. in più di 2000 e 5 quadrienni del decimo; due c.-v. A tutto 25 ott. Servizio entro 15 giorni. Chiedere annunzio.

CLUSONE (*Bergamo*). — Due condotte; L. 6500 oltre L. 250 ogni centinaio di poveri sopra 1000, L. 350 sopra 2000, quattro quinquenni del decimo, due c.-v., L. 500 per uff. san. Ospedale, Staz. climatica. Scad. 30 ott.

FELTRE. *Ospedale Civile.* — Due medici secondari, per i reparti medico e chirurgico; L. 6000, c.-v. (L. 2400 celibi e L. 3000 coniugati), stanza di abitazione, prima colazione. Scad. ore 18 del 20 ott. Prova bimestrale, nomina e conferma biennali. Assunzione dell'ufficio entro otto giorni dalla partecipazione di nomina.

FRASCATI (*Roma*). — Condotta chirurgico-ostetrica; scad. 31 ott.; L. 8000 per 2000 pov., addizionale di L. 2000 per gli altri poveri inscritti nell'elenco eccedenti detto numero; 5 quadrienni decimo; c.-v. Compensi dai semi-abbienti e agiati. Chiedere annunzio. Abit. 10,400 di cui 2,700 pov.; ospedali in città.

LIMBIATE (*Milano*). — L. 6000 fisse, L. 2500 complementari, L. 300 indenn. bicicletta, L. 600 per uff. san., 2 caro-viv., L. 1000 per 500 poveri oltre i 1000; L. 2000 per l'ambulatorio, se approvato dall'autorità tutoria; L. 650 ogni quinquennio consecutivo all'acquisto della stabilità. Scad. ore 16 del 30 ott. Servizio entro 10 giorni.

MAGIONE (*Perugia*). — Capoluogo; L. 6000, cinque sessenni e L. 2000 per cav. Secondo riparto; lire 6000, cinque quinquenni, L. 2000 per cav., L. 2 ogni povero oltre i 1000, L. 1000 se gli abbienti saranno meno di 300. Cinque quinquenni del decimo. Assicurazione infortuni professionali. Chiedere annunzio. Scadenza 20 ottobre.

MONTEVERDE (*Avellino*). — Scad. 28 ott. L. 4500 e 4 quadrienni decimo; c.-v.

PATERNO D'ANCONA (*Ancona*). — Scad. 30 ottobre. L. 8000 per 500 pov., addizion. L. 3, c.-v., L. 2400 mezzo trasp., L. 300 uff. san.

PESCIA. *R. Ospedale dei SS. Cosimo e Damiano.* — Primario medico; vedi fasc. 41. Scad. 31 ott.

RAMACCA (*Catania*). — Condotta pel capoluogo; L. 5000, due caro-viv., 5 quinquenni del decimo. Scad. 2 nov.

RAVENNA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario capo dell'ufficio d'igiene nel Comune di Faenza. Vedi fasc. 40. Scadenza 31 ottobre.

ROMA. — *Croce Rossa Italiana.* — Direttore del Sanatorio di Cuasso al Monte (Varese). Vedi fascicolo 40. Scadenza 31 ottobre.

SAN CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 31 ott.; III cond. per Palazzone; L. 5000 con 8 trienni ventes., L. 3000 mezzo trasp., c.-v.

TERNI (*Perugia*). — Condotta di campagna; al 15 nov.; L. 6000 oltre i diritti stabiliti in regolamento per l'eccedenza oltre 1500 poveri e per le spese di vettura.

VITERBO (*Roma*). — *Ospedale Grande degli Infermi.* — Due aiuti; L. 6000, oltre quota supplem. di L. 1200 e caro-viv. in L. 1200; camera di abit.; vitto nei giorni di guardia. Età limite 34 anni. Nomina e conferma biennali. Scad. 30 giorni dal 27 settembre.

Cercasi interino per due o tre mesi. Condotta prevalentemente chirurgica. Ospedale. Scrivere: Dott. Vinciguerra, Soriano nel Cimino (Roma).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. A. Montefusco, direttore dell'Ospedale Cotugno per le Malattie Infettive di Napoli, è stato *motu proprio* di S. M. il Re nominato Grande Ufficiale nell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Ne esprimiamo il nostro compiacimento al nostro illustre collaboratore.

Il nostro valente redattore per le rubriche legali, avv. Alberto Vigo (*Doctor Justitia*), è stato insignito della commenda della Corona d'Italia.

Gli facciamo i nostri rallegramenti cordiali per la meritata distinzione.

Con recente Decreto sono rientrati a far parte del Consiglio Superiore della P. I. i professori Rodolfo Stanziale, direttore della R. Clinica Dermosifilopatica dell'Università di Napoli, e Arnaldo Trambusti, direttore del R. Istituto di Patologia generale dell'Università di Genova.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BOLOGNESI JOSEPH. *Sopra un caso di lussazione laterale esterna del gomito.* — Roma, Tip. Nazionale G. Bertero, 1915.

ID. *Streptotricosi articolare.* — Bologna, L. Cappelli, 1921.

DE PAULIS CARLO. *Vaiuolo e vaccinazione nella scienza e nella pratica.* — Casalbordino, Nicola De Arcangelis, 1914.

GRIXONI GIOVANNI. *La depurazione delle acque potabili per l'esercito mobilitato durante la campagna di guerra 1915-1918.* — Roma, Stab. Poligrafico per l'Amm. della Guerra, 1921.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

La radioterapia intensiva nelle Cliniche tedesche.

Negli ultimi giorni del mese di agosto e nei primi del mese di settembre u. s., a cura della Società tedesca di Radioterapia hanno avuto luogo due importanti corsi di perfezionamento: uno in Francoforte presso le Cliniche dello Schmieden e del Seitz, l'altro in Erlangen nell'Istituto del Wintz.

Scopo del primo convegno è stato quello di far conoscere nel modo più completo e più pratico possibile lo stato attuale della Terapia radiologica nei vari campi della medicina e sovratutto della chirurgia. Le adunanze di Erlangen invece hanno voluto dare particolare sviluppo allo studio degli importanti problemi fisici, che si ricollegano con la pratica della terapia Röntgen ed all'insegnamento delle varie e non sempre facili modalità della tecnica radio-terapica nelle affezioni neoplasiche, sovratutto ginecologiche. Animatori ed organizzatori delle due importanti riunioni scientifiche sono state le menti più geniali, che la moderna terapia radiologica tedesca abbia alla sua testa, quali il Seitz, il Wintz, lo Schmieden, l'Hans Meyer, l'Holfelder.

Alle due riunioni hanno preso parte più di duecento radiologi, e fra questi si notavano i più distinti cultori della scienza radiologica di quasi tutte le nazioni del mondo.

In Francoforte dopo una lezione di apertura dello Schmieden «sulle indicazioni per il trattamento radioterapico nelle varie affezioni chirurgiche» assistemmo a due conferenze del Dessauer: una «sulla fisica dei raggi Röntgen», l'altra «sugli apparecchi per terapia profonda». Gli allievi del Dessauer prof. Bachem e dott. Vierheller tennero lezioni «sulla misurazione fisica dei raggi Röntgen e sulla ripartizione della energia Röntgen nella profondità del corpo».

L'Hans Meyer parlò dell'azione biologica esercitata dai raggi Röntgen nei tessuti. L'Holfelder, uno dei più valenti coadiutori dello Schmieden, fece una minuta teoretica e pratica esposizione del metodo speciale, che egli ha da qualche anno adottato nel trattamento radio-terapico delle varie lesioni chirurgiche viscerali o no, sovratutto neoplasiche.

Il metodo consiste nel determinare con varii schablons in carta trasparente, colorati in rosso a gradazioni lentamente sfumanti in profondità, e di varia grandezza (a seconda della differente dose percentuale profonda dell'ampolla) il numero dei campi, la loro sede, il loro orientamento, la qualità delle ampolle, la durata delle irradiazioni, e tutto questo, sovrapponendo gli schablons stessi su una tavola luminosa, ove con segni speciali sono indicate le varie quantità di raggi somministrati: la dose massima danneggiante l'intestino, la dose carcinomatosa, la dose sarcomatosa, la dose ovarica. Bisogna adoperare e disporre gli schablons in modo tale da avere la scomparsa del segno il cui effetto corrispondente si vuole ottenere senza mai raggiungere la scomparsa del segno indicante la dose dannosa agli intestini.

L'Holfelder ci mostrò i buoni effetti del suo metodo, oltre che in molte affezioni tubercolari delle ossa e delle articolazioni anche in varie lesioni maligne: cito una achinomicosi del mascellare superiore, un sarcoma dell'addome (ad origine e sede dubbia), un sarcoma della regione parietale sinistra, un cancro della regione temporale sinistra (ancora non completamente guarita), un sarcoma della testa del radio, un carcinoma della tonsilla, un cancro del lato sinistro del collo, un carcinoma dello stomaco, un cancro del cardias (migliorato, ma ancora non guarito), una riproduzione di un cancro della mammella, un melano-sarcoma del lobo sinistro del fegato, tre cancri del retto, uno dei quali con metastasi epatiche, un cancro del colon, uno struma maligno. La guarigione di alcuni di questi casi rimonta ai primi mesi del 1920.

Il Seitz, che col Wintz ha il merito di aver gettato le basi del trattamento radiologico dei tumori maligni, lo Spiess, il valente otojatria, il Iassionak noto cultore di dermatologia, lo Stephan, internista di gran fama, esposero i loro studi ed i successi da loro ottenuti con il trattamento radiologico, praticato secondo i più recenti dettami della tecnica, e lo Strasburger, il Werner, il celebre fisiatra di Heidelberg, trattarono delle modalità della cura del Radium nelle varie affezioni morbose, specialmente neoplasiche.

Degni di particolare mensione sono i dati statistici riferiti dal Seitz: riporto alcune cifre: di 4 sarcomi dell'utero sicuri trattati 5 anni or sono ne vivono ancora 2 vale a dire il 50 %, di 18 sarcomi dell'utero pure sicuri trattati 2 a 5 anni fa ne vivono 12, vale a dire il 66 %. Nei sarcomi extra-genitali, di 17 casi non molti avanzati 2-3 anni dopo la cura ne vive l'88 %, di 21 casi progrediti, sottoposti ai raggi dopo 2-4 anni ne vive il 48 %: di 18 sarcomi incompletamente operati e poi irradiati dopo 4-5 anni ne vive il 18 %, di 9 recidive dopo ugual numero di anni vive il 33 %. Di carcinoma della mammella irradiati da 2-4 anni su 34 casi ne vivono ancora 27. Recidive sottoposte a trattamento furono 63 e dopo 3-5 anni ne vivono ancora 25, i cancri irradiati dopo l'operazione sono stati 10 e di essi dopo 3 anni sopravvivono 8. Per quanto riguarda i cancri dell'utero, il Seitz dopo 5 anni dalla irradiazione vanta con il suo metodo il 20,7 % di sopravviventi, dopo 4 anni il 18 %, dopo 3 anni il 26 %. Lo Stephan ha riferito su tentativi di cura con i raggi da lui fatti in casi di diabete, di albuminuria, e mentre in queste affezioni gli effetti favorevoli non furono sempre costanti, i risultati furono splendidi in tutti i casi di policitemia trattati con irradiazioni distruttive delle capsule surrenali. Altre conferenze furono tenute dal Riedel e dal Flesch sul la cura del sole nelle affezioni tubercolari delle ossa e delle articolazioni: il Flesch presentò a documentazione delle sue conclusioni, completamente favorevoli a detto trattamento, un numero ragguardevole di ammalati guariti o già notevol-

mente migliorati. Oltre a tutte queste lezioni riguardanti esclusivamente la radioterapia, avemmo una brillantissima conferenza del Götze sul pneumo-peritoneo e sui risultati diagnostici da lui ottenuti con tale metodo di ricerca, che per i perfezionamenti introdotti dal Götze, in pochi anni (i primi esperimenti del Werner datano dal 1913) ha assunto una importanza clinica di primo ordine.

Il Götze ci presentò anche un'ampolla ad elettroni costruita, secondo le sue indicazioni, dalla Casa Müller di Amburgo: l'ampolla, avendo un punto focale strettissimo, permette di ottenere radiografie di una particolare nitidezza.

Il Direttore della Clinica medica di Francoforte, prof. Bergmann, volle anch'egli dimostrarci gli importanti risultati diagnostici ottenuti nella sua clinica con la indagine Röntgen, e ci fece vedere una serie numerosa di proiezioni interessanti sia per la loro nitidezza che per la importanza e la grande rarità dei reperti.

Nel convegno di Erlangen ebbero una parte eminente tutti i maggiori cultori della fisica applicati alla radiologia.

Ricordo il von Laue, il celebre scopritore dei fenomeni di interferenza dei raggi Röntgen, scoperta che fu giudicata degna del premio Nobel, il Friedrich, il famoso e simpatico fisico di Friburgo, al quale si devono i primi jontoquantimetri di uso veramente pratico, il Grossmann di Berlino, noto per i suoi studii sui raggi secondarii, direttore del reparto medico delle grandiose fabbriche Siemens-Halske, il Baumeister il geniale ideatore dell'apparecchio Symmetrie, il Voltz di Monaco, fisico giovane di anni ma non di esperienza, meritamente apprezzato per i suoi studii di dosimetria, il Glocker, l'Hauser, il Wiedemann, il Zacker, il Daumann.

La parte clinica fu sviluppata dal Wintz, dal Langer, il gentilissimo primo aiuto del Wintz, dal Seuffert della clinica di Doederlein, dal Bucki, il valoroso radiologo di Berlino.

L'insegnamento clinico ebbe fini prevalentemente pratici.

Come già a Francoforte, anche qui in Erlangen, ogni giorno dopo le 5 o 6 ore di lezioni, gli iscritti ai corsi, divisi in gruppi, assistevano ad esercitazioni pratiche sia sugli ammalati che sugli apparecchi, dei quali si notava in Erlangen una vera collezione. Oltre 5 Symmetrie e 2 Veifa (uno dei quali con la nuova ampolla valvola ad elettroni, che permette di escludere il contatto girevole), vedemmo due Siemens-Halske (HED cent. 31) ed il famoso Radio-Silex (HED cent. 9!!), oltre ad una numerosa raccolta di ampolle ad acqua bollente e ad elettroni. Molto belle le nuove ampolle ad elettroni della Casa Müller, quelle della Siemens-Halske, le nuove ampolle Coolidge della Weifa-Werke, che sopportano anche 4 MA, le Lilienfeld speciali per il Radio-Silex, che possono raggiungere anche 8 MA. La Siemens-Halske esponeva anche un ingegnoso dispositivo per eliminare i frequenti sbalzi di voltaggio nella corrente stradale.

Molto interessante un apparecchio del Seelman di Friburgo, che permette in modo semplice e pratico lo studio dello spettro dei raggi Röntgen e la riproduzione fotografica dello stesso.

Oltre agli apparecchi, avemmo campo di vedere numerosi ammalati e di sincerarci così dei risultati ottenuti in essi col trattamento Röntgen. La maggior parte dei casi appartenevano alla clinica ginecologica, qualche ammalato era della clinica chirurgica, diretta dal Graser. Giornalmente non sono meno di 10-12 pazienti, che nella clinica del Wintz vengono sottoposti alle irradiazioni Röntgen e varie corsie ricoverano le ammalate già irradiate o che vengono preparate per la irradiazione. Ogni giorno poi affluiscono nuove ammalate (alcune delle quali vengono sottoposte ambulatoriamente alla cura) e vecchie ammalate che, già dimesse, tornano a farsi vedere. E così potemmo osservare numerosi carcinomi della portio, della cervix, del corpo dell'utero in condizioni anche gravi con infiltrazioni degli annessi, per lo più trattati dopo una Verkupferung: in due ammalati abbiamo veduto che l'infiltrazione della portio, che costituiva un ammasso della grossezza di un arancio, era completamente scomparsa già dopo la prima serie di applicazioni e così pure era scomparsa, anche prima delle irradiazioni locali, la resistenza palpabile in corrispondenza degli annessi mentre la mucosa uterina si era ricostituita nelle sue normali condizioni anatomiche; uguali successi abbiamo constatato in numerosi casi di fibromi uterini (la statistica del Wintz dà 80 % di guarigione; Wintz esclude dal trattamento i fibromi voluminosi, che si avanzano al disopra della linea ombelicale), in un caso di sarcoma dell'utero, in varie metropatie emorragiche. Abbiamo poi veduto varii cancri della mammella, per lo più trattati solo con i raggi, spesso, previa Verkupferung, parecchi cancri del retto, che, come i cancri mammarii, reagiscono molto bene ai raggi, due cancri dello stomaco, uno dei quali iniziava la cura, mentre l'altro cominciava la seconda serie di applicazioni in condizioni notevolmente migliorate, due cancri del mascellare superiore, un cancro del laringe.

Come relativa novità nel metodo del Wintz accenno al cosidetto Verkupferungs-Verfahren: dico relativa novità perchè questo processo, che il Wintz sta esperimentando da più di 6 anni, non è completamente nuovo, essendo già stato applicato, sia pure con modalità diverse, già da varii anni dal nostro Ghilarducci. Il metodo del Wintz si basa sul fenomeno della cataforesi: per mezzo di una corrente elettrica continua, che, a seconda delle regioni, varia da 80 (vagina) a 400 MA (mammella) i tessuti vengono impregnati con i joni metallici forniti da una soluzione acquosa al 0,5 % di selenito di rame. I joni del rame, oltre a produrre raggi secondarii (raggi beta e raggi diffusi) agirebbero anche come stimolo cellulare. Il processo viene praticato il giorno precedente alla irradiazione: esso richiede dalle 5 alle 8 ore di tempo. Anche macroscopicamente i tessuti per la profondità di 3-4 cent. si mostrano intensamente infiltrati dalla soluzione di rame.

Mercè questo sistema nella Clinica di Erlangen le applicazioni di radium (del quale la clinica è do-

viziosamente provvista) sono state completamente abbandonate, non avendo esse dato risultati soddisfacenti.

Un sistema di cura completamente nuovo ha il Wintz esperimentato nella gonorrea della donna con esito del tutto favorevole. Una lampada elettrica a conformazione speciale e della forza di 100 candele viene introdotta in vagina, un irrigatore a doppia corrente provvede alla refrigerazione.

Due o tre applicazioni bastano per la guarigione.

Dopo le belle giornate di Francoforte e di Erlangen, invitati gentilmente dal Voltz e dal Seuffert, ci siamo recati a visitare in Monaco la nuova clinica ginecologica del Doederlein, un meraviglioso e colossale edificio, costruito secondo gli ultimi dettagli della scienza.

Quivi abbiamo veduto in azione due Symmetrie ed abbiamo trovato una ricca collezione di tubi di Mesotorio e di Radio, con i quali preparati il Seuffert ha fatto le sue note ed apprezzate ricerche. Nella clinica chirurgica di Monaco (Sauerbruck), lo Chaoul ci ha presentato il suo Röntgensammler e ci ha parlato e ci ha fatto vedere i risultati (un sarcoma ed un linfoma del collo, due cancri della mammella completamente guariti, uno di essi già da più di due anni) dei suoi particolari sistemi di cura a dosi frazionate e ad irradiazione praticate su tutto il corpo.

Per formarsi un criterio ancora più completo sulle varie tendenze e su i varii metodi della terapia intensiva tedesca, abbiamo voluto far una corsa fino a Berlino alla clinica ginecologica del Bumm, dal Warnekross.

Questi si è mostrato con noi gentilissimo ed è stato ben lieto di condurci a visitare il suo laboratorio. Noi vi siamo tornati anche nei giorni successivi. Vi sono in funzione due apparecchi della Veifa-Werke e si stanno ora montando un Radio-Silex ed il nuovissimo apparecchio della Sanitas: l'Hartstrahl. Il sistema del Warnekross si conosce: campi vasti, filtraggio con lamina di rame (0,8 mm., più un mm. di alluminio e di celluloide come filtri di protezione). Abbiamo veduto varii ammalati con neoplasie dell'utero, della mammella, del polmone, ecc. Il Warnekross ed i suoi allievi non hanno che lodarsi del metodo da loro impiegato e dei risultati con esso ottenuti. Un carcinoma del polmone è scomparso con una sola seduta (controllo radiografico) e l'ammalata dopo fenomeni reattivi generali un poco eclatanti è tornata in condizioni completamente normali.

Concludendo, lo studio attento ed obbiettivo dei casi trattati con i nuovi sistemi di cura, che la fervida operosità dei tedeschi ha introdotto nella terapia radiologica, casi, che, come dimostrano le ultime statistiche (Seitz), rimontano anche a 5 anni, ci autorizzano a nutrire fondate e rosee speranze sui risultati definitivi.

Il metodo, la tecnica non hanno trovato ancora il loro completo assestamento (quella del Seitz e del Wintz è evidentemente superiore per la matematica precisione delle premesse, per la perfezione dei dettagli, la rapidità dei risultati, la mancanza di fatti reattivi molesti); ma ad ogni modo la messe dei risultati favorevoli è già così abbondante da giustificare l'entusiasmo, che la nuova terapia ha suscitato non solo in quelli, che anelano alla guarigione ed alla vita, ma anche in tutti gli ambienti scientifici.

Prof. Dott. FILIPPO SARACENI
della R. Università di Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

Al Congresso di Medicina interna.

Ricordiamo che dal 25 al 28 corrente si terrà a Napoli il XXVII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Le relazioni su cui verterà la discussione sono:

1° « Clinica e terapia delle malattie tubercolari »; relatori sen. prof. E. Maragliano e prof. L. Lucatello;

2° « Encefalite letargica »; relatori proff. A. Garbarrici e F. Marcora;

3° « Cura delle pleuriti purulente » (da svolgersi in comune con la Società Italiana di Chirurgia); relatori proff. E. Morelli e B. Schiassi.

Il Comitato organizzatore, costituitosi sotto la presidenza dell'on. prof. P. Castellino, prepara alacremente un programma di lavoro proficuo e accoglienze lusinghiere e cordiali e confida di ottenere un largo concorso di medici italiani dall'Italia e dall'Estero e di medici degli Stati viciniori. È anche impegnato per la Mostra sanitaria, che si tiene nel nuovo palazzo universitario, e per la documentazione storica delle nostre Scuole di medicina interna.

Al Congresso precedente, adunatosi a Roma, la scelta della sede venne fatta cadere su Napoli, per rendere un omaggio al venerando sen. Cardarelli; verrà anche onorato il sen. Maragliano, che compie in quest'anno un quarantennio d'insegnamento universitario e che a Napoli fu allievo di Tommasi e di Cantani

Primo Convegno Nazionale delle dottoresse in medicina.

A Salsomaggiore dal 14 al 16 ottobre si tiene il I Convegno italiano delle dottoresse in medicina.

Lo scopo di tale convegno è duplice: l'uno è di organizzare l'Associazione nazionale italiana delle dottoresse in medicina, associazione che ha già raccolto numerose adesioni tra le dottoresse italiane; l'altro di offrire occasione alle dottoresse di incontrarsi per discutere la necessità di una estesa partecipazione dell'attività medica femminile nei diversi campi dell'assistenza igienico-sociale e specialmente dell'assistenza alla donna e al fanciullo.

I temi proposti per la discussione sono i seguenti:

1° Organizzazione dell'Associazione Nazionale Italiana delle dottoresse in Medicina; programma di azione; rapporti con l'Associazione internazionale delle dottoresse in medicina (dott.sse M. Carcupino-Ferrari e Clelia Lollini).

Relazione del I Congresso Internazionale delle

dottoresse in medicina tenutosi a New York (dottoressa Clelia Lollini).

2° Partecipazione delle dottoresse alla ricostituzione della vita italiana:

a) nell'assistenza alla donna (dott.sse Ester Bonomi e Laura Orioli);

b) nell'assistenza al fanciullo (dott.ssa professoressa Angiola Borrino).

3° Lotta contro la tubercolosi, l'alcoolismo, le malattie sessuali, la delinquenza femminile, regolamentazione o abolizionismo della prostituzione (dott.ssa Carlotta Agostinucci).

4° Riforma dell'assistenza ai malati (dott.ssa Dina Clerico).

Gli Enti locali hanno organizzato ricevimenti alle Congressiste, che sono inoltre guidate alla visita degli Stabilimenti balneari.

Per la ricostruzione di una Società Italiana di Urologia.

È stata diramata la seguente circolare ai cultori italiani di urologia:

« Sono decorsi ormai quasi due anni dal momento in cui scrissi nel *Policlinico* della necessità, pel decoro scientifico della nostra Italia, di ricostituire la Società Italiana di Urologia, e ho grande speranza che tale ricostituzione sia imminente.

L'essere stata prescelta Roma come sede del futuro Congresso internazionale di Urologia (aprile 1924) è stato il più efficace stimolo a ricostituire la Società Nazionale.

E questa, fedele copia dell'Internazionale, dovrebbe riferirsi a tutta l'Urologia, ossia alla Patologia, alla Medicina e alla Chirurgia dell'apparato urinario, come pure a tutte le moderne e preziose applicazioni del Laboratorio nel campo urologico.

Vi sono ora per fortuna alcuni dei più competenti urologi e chirurgi italiani che sperano che la Società Italiana di Urologia rinasca a Napoli nell'occasione del prossimo Congresso Italiano di Chirurgia (25 ottobre 1921).

Per una comune intesa coi professori Nicolich, Alessandri e Lasio, mi rivolgo quindi anche a Lei colla viva preghiera che voglia contribuire in tutti i modi al risorgere della Società Nazionale, e mi auguro che Lei pure possa partecipare a questa prossima e preliminare adunata degli urologi italiani.

Dott. EUGENIO PIRONDINI ».

Congresso internazionale di Antropologia.

L'Istituto Internazionale di Antropologia, del cui Comitato fanno parte per l'Italia G. Sergi, E. Morselli e A. Niceforo, ha tenuto il suo primo Congresso a Liegi dal 25 luglio al 1° agosto u. s. Le sedute si sono alternate con visite a Musei, con scavi, ecc. La 4ª Sezione era dedicata alla Criminalogia coi seguenti temi: Le cartelle biografiche dei delinquenti; loro classificazione; la pena di morte; la terapia penitenziaria; la 5ª Sezione all'Eugenica coi temi: Eredità nell'uomo; inchieste eugenistiche; malattie sociali; esame somatico e psichiatrico negli ambienti militari.

Esposizione Medica a Londra.

Una Esposizione Medica si è tenuta a Londra dal 3 al 7 ottobre nel Central Hall, Westminster; essa ha rispecchiato i più recenti progressi delle scienze mediche e chirurgiche.

Essa è stata organizzata dal periodico « The British and Colonial Pharmacist » (London E. C. 2, Bishopsgate 194-200).

Abbonamento ai giornali medici.

Riportiamo dalla « Liguria Medica »:

L'Ordine dei Medici di Parma si è fatto promotore di un movimento presso i soci di tutti gli Ordini del Regno per una questione che riguarda il pagamento degli abbonamenti ai giornali medici. Si sa che non pochi ricevono il giornale e per quanto ripetutamente pregati di respingerlo, ove non intendano di abbonarsi, lo trattengono, facendosi ritenere abbonati. Ma quando si invitano al pagamento molti respingono le tratte e pochi i giornali avuti.

Occorre che la Federazione faccia sentire ai colleghi la necessità ed il dovere di respingere il giornale, evitando così non poche spese a coloro che si dedicano anche in perdita alla stampa dei giornali medici per un ideale scientifico e patriottico al medesimo tempo.

L'iniziativa merita ogni appoggio.

Per quanto il respingere un giornale non richiesto sia — a rigore — un dovere di cortesia, bisognerebbe che la coscienza di questo dovere spontaneo andasse vieppiù sviluppandosi.

Ma bisognerebbe, ancora, che vieppiù si diffondesse fra i colleghi la coscienza della somma di sacrifici di ogni natura che implica oggi la pubblicazione periodica di un giornale scientifico e si sentisse il dovere di secondare le iniziative e gli ideali di coloro che senza scopi personali, dedicano le ore di riposo e non solo quelle ad un'opera di dignità e di tutela.

Per gli Ospedali di Napoli.

Il Presidente del Consiglio on. Bonomi — aderendo alle vive premure dell'on. Capasso perchè in via tutt'affatto transitoria fosse dato un aiuto qualsiasi agli Ospedali Riuniti di Napoli, in modo che potessero momentaneamente far fronte ad impellenti esigenze — ha accordato, sul fondo contributo pubblici spettacoli, un sussidio di mezzo milione agli Ospedali stessi.

Fortezza trasformata in Sanatorio.

Ad iniziativa dell'Istituto Veneto di cure climatiche e balneari per gli invalidi di guerra, il vecchio Forte degli Alberoni a Malamocco è stato trasformato in Sanatorio che risponde pienamente agli scopi prefissi dalla Commissione esecutiva.

Ospedale donato dalla Casa Reale.

La Casa Reale, perpetuando le fulgide nobilissime tradizioni, delle quali ancora recentemente S. M. il Re dava segno tangibile col dono di sontuose ville e di storici palazzi, ha ceduto alla Croce Rossa Italiana — e per essa al Comitato Re-

gionale di Palermo, che dovrà curarne la gestione ed il funzionamento — il magnifico Ospedale di Baida, che, per la sua felice ubicazione e per la vastità degli ambienti ampi e luminosi, potrà essere trasformato, mercè sapienti riparazioni, in un ideale amenissimo luogo di cure e di assistenza sanitaria.

Istituto di Biologia Marina per l'Adriatico.

Il Governo Italiano ha affidato al R. Comitato Talassografico alcuni Istituti scientifici della Venezia Giulia testè passati all'Italia e fra questi la Stazione Zoologica di Trieste, già dello Stato austriaco, e quella di Rovigno, già proprietà della «Società Imperatore Guglielmo per il progresso della Scienza».

Il Comitato Talassografico ha concentrato tutto quanto si riferisce agli studi di biologia marina per l'Adriatico nell'Istituto di Rovigno, che è già in funzione sotto la direzione del prof. Raffaele Issel, coadiuvato da due assistenti e da un tecnico-segretario.

Per scambi di pubblicazioni e per informazioni rivolgersi al prof. Raffaele Issel, Istituto di Biologia Marina - Rovigno (Istria).

Fondazione Roberto Koch.

La Fondazione Roberto Koch di Berlino per la lotta contro la tubercolosi ha concesso nel 1920 marchi 57,000 per sussidi ad autori di lavori scientifici, e marchi 5000 per premi.

Per il 1921 la Fondazione dispone di circa 100,000 marchi.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

The American Journal of Medical Sciences, agosto. — G. D. HEAD. Artrite acuta complicante la polmonite. — M. MANGES e G. BAEHR. Periarterite nodosa. — W. BOYD. Le sequele dell'encefalite letargica. — L. B. BIBB. La diminuzione di resistenza dopo esposizione al freddo. — M. M. CANAVAN. Edema della glottide nelle morti oscure.

Brazil-Medico, 6 agosto. — U. PARANHOS e P. REIS, Forme atipiche di amibiasi intestinale.

The Journal of the American Medical Association, 27 agosto. — I. A. ABT. Misure contro le malattie trasmissibili dell'infanzia. — T. J. WATKINS. Trattamento delle ferite addominali infette col metodo chiuso.

Rivista Ospedaliera, 15 agosto. — C. DE SANCTIS. Sulla demenza ebefrenico-paranoide dei fanciulli.

Presse Médicale, 13 agosto. — G. MILIAN. Profilassi e cura della crisi nitritoide.

Note e Riviste di Psichiatria, gennaio-aprile. — F. DEL GRECO. Sulle «crisi d'animo». — D. ISOLA. Le cenestopatie del climaterio.

Le Scalpel, 20 agosto. — DELCHEF. Il trattamento delle scoliosi gravi. — G. DROESBÈQUE. Dilatazione gastrica acuta per aerofagia.

Riforma Medica, 20 agosto. — S. SARONO. Febbri e febbricole da *B. columbensis.*

La Pediatria, 15 agosto — O. COZZOLINO. Stridore timico e stridori pseudotimici. — A. CORIA. La reazione di Abderhelden nel rachitismo.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXVIII | Roma, 24 Ottobre 1921 | Fasc. 43

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I DI ROMA
II PADIGLIONE
diretto dal prof. O. MARGARUCCI.

Sopra un caso non comune di esantema bromico circoscritto (bromoderma)

pel dott. S. PULVIRENTI, aiuto medico degli Ospedali.

È noto che per l'uso terapeutico di preparati bromici possono comparire degli esantemi, analogamente a quanto avviene per l'uso di pr. iodici. Si tratta in genere di eruzione di acne, avente caratteri speciali, che predilige alcune regioni con cute ricca di gh. sebacee e di peli. L'acne bromica è uno dei segni del bromismo, dovuto all'accumulo nell'organismo del rimedio, il quale tende ad eliminarsi dalla pelle.

Meno noto è però come talora l'esantema bromico possa assumere aspetti morfologici non comuni. Esso si può presentare, anzichè sotto forma diffusa, sotto forma circoscritta; per esempio come un vasta chiazza di cute alterata e segregante, a carattere cronico. Tale eruzione, a cui viene anche dato il nome di bromoderma, si presenta qualche tempo dopo l'inizio di una intensa cura bromica, ma in qualche caso, come il nostro, può presentarsi anche dopo molto tempo dall'inizio della cura. Si capisce come in tali casi la natura e l'etiologia dell'eruzione possa essere disconosciuta e come si possano commettere errori di diagnosi e quindi errori di cura.

Avendo avuto occasione di osservare e di studiare uno di questi casi non comuni di bromoderma, se ne crede utile la pubblicazione. L'importanza del caso risulta non solo dalla rarità e dalle speciali caratteristiche morfologiche dell'eruzione, ma anche dal fatto che esso si presta ad alcune considerazioni sulla etiologia del bromoderma. Come si vedrà in seguito esso nel nostro caso si è sviluppato sopra una piaga da ustione; rappresenta perciò uno di quei rari casi in cui è sicuramente dimostrabile l'influenza di una alterazione cutanea precedente sulla localizzazione e lo sviluppo dell'eruzione.

Questa breve nota illustrativa servirà anche a richiamare l'attenzione del lettore sull'argomento, in genere poco noto e purtuttavia interessante, degli esantemi da medicinali e in specie di quello bromico.

Sono grato al prof. O. Margarucci, primario del reparto, che mi ha permesso lo studio e la pubblicazione del caso.

Storia clinica. — C. A., di a. 26, casalinga, da Visso; entrata in Ospedale il giorno 11 giugno, uscita guarita il 10 agosto c. a.

Anamnesi familiare negativa. Allattamento materno. Nessuna malattia nell'infanzia. Mestruata a 14 a. sempre regolarmente; maritata a 21 a. con uomo sano, ha avuto 2 gr. a termine e nessun aborto; non ha allattato i figli, che sono viventi e sani; non ha abusato di alcool. Unica malattia degna di nota l'epilessia, le cui prime manifestazioni comparvero subito dopo la pubertà. Cominciò allora ad avere degli attacchi convulsivi con perdita di coscienza, che insorgevano ogni 2-3 mesi, sempre di notte, nel sonno.

La loro frequenza si è fatta sempre maggiore negli anni seguenti, mitigata solo dall'uso di preparati bromici. Di essi la p. ha fatto costante uso fin dall'età di 15 a.; in que-



sti ultimi tre anni ha preso 1-2 gr. di bromuro di K al giorno.

Nel novembre u. s., cioè circa 8 mesi fa, durante uno dei soliti attacchi notturni si produsse una scottatura alla gamba s. per il prolungato contatto sulla cute di una bottiglia piena di acqua caldissima (scaldino).

L'ustione di 1° e 2° grado era poco più grande di uno scudo, situata al 3° medio della gamba, faccia posteriore. Fu curata regolarmente nell'Ospedale di Tolentino prima con impacco all'ac. picrico e poi a lungo con impacchi di soluzione fisiologica.

Nonostante le cure la lesione ritardò a guarire e si formò una piaga coperta da abbondanti granulazioni per cui, dopo circa 4 mesi, fu necessario un raschiamento. Dopo di che la lesione cominciò a cicatrizzare al centro, mentre seguitava a progredire alla periferia nonostante le assidue cure. Qui, a dire della p., si andavano formando dei bottoni al cui centro si sviluppava una vescica piena di pus, che poi si svuotava lasciando una superficie segregante; sempre nuovi bottoni si formavano man mano verso la periferia, sicchè la lesione gradatamente andò raggiungendo una notevole estensione. La p. avvertiva localmente leggero prurito e dolore sia spontaneo, sotto forma di tensione dolorosa che le rendeva penosa la stazione eretta e il camminare, sia alla palpazione e nelle medicature. Agli impacchi con sol. fisiologica fu in seguito sostituita la m. asciutta, talora l'impacco all'acool; mai si fece uso di pomate od altri rimedi.

Durante tutto questo periodo non ha notato eruzioni in altre parti del corpo, non fen. di bromismo, non febbre; ha seguitato l'uso del bromuro di K. alla dose di 1-2 gr. *pro die*, facendo uso di dieta comune non aclorurata.

Per il persistere della lesione nonostante ogni cura la p. ricovera in ospedale.

Esame obbiettivo. — All'ingresso in ospedale presenta: nulla di notevole all'esa. generale, all'esa. esterno, all'esa. degli organi interni e nevrologico; non febbre; nutrizione buona; colorito normale.

A carico della cute nulla si osserva se si eccettua quanto riguarda la gamba s. In corrispondenza del 3° medio di essa esiste una vasta superficie di cute alterata; essa ha forma irregolarmente ovalare col maggior asse disposto trasversalmente; comincia alla regione anteriore della gamba e si estende verso l'interno e posteriormente, dove ha la massima ampiezza, arrestandosi alla reg. peroneale; misura nella parte più ampia cm. 15 e si estende trasversalmente per circa 22 cm.

Detta lesione presenta una parte centrale di aspetto cicatriziale e una parte periferica sollevata, infiltrata. La parte centrale è nella reg. posteriore della gamba, misura circa 7 cm. di diametro e si presenta alquanto depressa e ricoperta di cute liscia, di colorito rosso-violaceo. La parte infiltrata si estende tutto intorno alla zona descritta ed ha 3-5 cm. di larghezza; essa ha limiti indistinti verso il centro, netti verso la periferia, cioè verso la cute sana, il suo margine è qui notevolmente rilevato, sinuoso; ha colorito rosso-violaceo, superficie irregolare per la presenza di numerosi nodi rilevati, duri, che in alcuni punti presentano al centro una vescicola, in altri una pustola da cui geme liquido siero-purulento, in altri piccole croste giallastre od ematiche. La cute è calda al termotatto; la palpazione provoca vivo dolore; la p. vi accusa spontaneamente senso di tensione dolorosa. Al di fuori e nelle vicinanze della vasta superficie descritta esistono altri scarsi nodi di colorito rosso-violaceo, dolenti, e qualche nodo-pustola segregante.

L'esame delle urine è negativo. La R. di Wassermann negativa.

Diagnosi. — Tenuto conto dell'anamnesi (uso prolungato in forti dosi di bromuro di K), dei caratteri della lesione e della sua evoluzione, dell'assenza di dati anamnestici e obbiettivi per la lues, nonchè della R. di W.

negativa, si fa diagnosi di eruzione bromica a forma nodo-pustolosa e ulcerosa. La diagnosi è confermata pienamente dai risultati della cura, come si rileva dal seguente:

Diario. — Nei primi giorni di degenza in Ospedale si applica sulla lesione dell'unguento mercuriale, senza alcun giovamento; si seguita a somministrare il bromuro alla dose di 2 gr. *pro die;* dieta comune clorurata.

Dopo 8 g. vista l'inefficacia della cura e ventilata la diagnosi di eruzione bromica, si sospende l'uso del bromuro e si fanno impacchi locali caldi umidi di soluz. fisiologica; dieta comune, clorurata. Essendo ricomparsi gli accessi epilettci con notevole intensità e frequenza (ogni 2-4 g.) si ricorre all'uso del *luminal*, alla dose di 10 ctgr. *pro die.* Gli attacchi convulsivi dileguano, mentre intanto non tardano a rendersi evidenti, già dopo circa 10 g., gli effetti benefici della sospensione della cura del bromuro.

Comincia a diminuire il dolore locale spontaneo e alla pressione; la zona marginale della lesione diventa meno rilevata e infiltrata, i nodi meno evidenti, le vescicole e le pustole meno segreganti e in seguito ricoperte di piccole croste. Dopo circa un mese l'effetto utile della cura è evidentissimo e la lesione va rapidamente evolvendo verso la cicatrizzazione. Si vede una vasta superficie di aspetto cicatriziale, di colorito rosso cianotico, ricoperta di squame epidermiche ampie; anche i nodi situati nelle vicinanze vanno verso la guarigione.

Quando la p. esce dall'Ospedale, dopo circa 50 giorni dalla sospensione del bromuro, la lesione si può ritenere guarita; residua una superficie ad epidermide sottile, di aspetto cicatriziale, pianeggiante, con margine appena rilevato, di colorito rosso-cianotico che diventa brunastro con la pressione, indolente; alcune piccole aree di aspetto simile residuano in corrispondenza dei nodi e pustole alla periferia della lesione principale. Sotto l'azione del *luminal* si sono avuti solo rarissimi accessi convulsivi di brevissima durata e leggeri.

***

Dopo di avere esposto la storia clinica passiamo a fare una breve illustrazione del caso.

Come si è già detto, è noto da tempo che i preparati bromici presi a scopo terapeutico possono provocare lo sviluppo di esantemi. Le prime osservazioni datano da un cinquantennio; da allora la bibliografia sull'argomento si è arricchita di numerosi e importanti lavori in Italia e all'estero, tantochè ormai dell'eruzione bromica sono ben noti la morfologia, il decorso, gli esiti, la terapia; solo alcune questioni sull'etiologia e la patogenesi sono tuttora controverse.

Come risulta dall'esame dei casi pubblicati, è sopratutto il bromuro di K la principale causa dell'esantema. Ciò è dovuto non solo a che è questo il preparato più largamente usato in terapia (epilessia, corea, ecc.), ma anche all'avere in sè proprietà particolarmente nocive per la pelle (Thiebierge).

Però anche per l'uso di altri preparati si è osservato lo sviluppo di esantemi; così per l'uso dei bromuri di sodio, calcio, ammonio, stronzio, litio, dei polibromuri, del bromoformio (Muller), del bromidia, del bromural (Segrè), del sedobrol (Goldreich), ecc. L'esa. può comparire nel lattante per l'uso del rimedio fatto dalla madre o nutrice. È noto infatti che il bromuro attraverso la gl. mammaria passa nel latte (Fox, Marziani, ecc.).

Notevole importanza ha sullo sviluppo dell'esantema la dose del rimedio, in genere si ha per dosi forti e uso prolungato. Solo eccezionalmente si è osservato l'esa. dopo dosi piccole, usate per breve tempo. L'esa. compare in genere dopo che da qualche tempo si è iniziata la cura.

Tuttociò risulta chiaro sapendo che il bromuro presenta il fenomento dell'accumulo. È stato visto sperimentalmente che, somministrando giornalmente un'eguale dose, cresce di giorno in giorno la quantità di bromo eliminata per le urine finchè si stabilisce l'equilibrio, in quanto nelle 24 h se ne elimina tanto quanto se ne introduce; l'equilibrio viene solo raggiunto dopo alcuni giorni (Gaglio). Se si sospende il rimedio si riesce a dimostrare quantità dosabili di bromo nelle urine fino a 7-15 g. dopo (Ferè). Tale accumulo è specialmente notevole in soggetti con affezioni cardiache, renali; donde la maggiore frequenza dell'esantema in essi.

Nel nostro caso l'esa. è dovuto all'uso del bromuro di K; risulta infatti dalla storia che la p. ha fatto sempre, specie in questi ultimi anni, largo uso giornaliero del rimedio, fino a 2 gr. al giorno, sia prima che insorgesse l'esa., sia durante gli ultimi 8 mesi in cui l'esa. continuava ad evolvere; il rimedio non fu sospeso che alcuni giorni dopo l'ingresso in ospedale.

Poichè frequente è l'uso di pr. bromici anche in dosi forti e protratte a lungo (basta pensare al largo uso che se ne fa nella epilessia), e tuttavia relativamente rara è l'insorgenza in alcuni soggetti dell'esa., è evidente che speciali cause predisponenti devono agire in detti soggetti.

Una certa importanza si è data all'età; infatti l'esa. si può avere nei bambini, ma è più frequente negli adulti e specie nei vecchi. Sono ricordate le affezioni cardiache, renali, polmonari, croniche, l'alcoolismo.

È comunemente data dagli autori molta importanza alle condizioni funzionali dell'apparato gastroenterico e in specie dello stomaco ed

alla dieta. Specialmente al contenuto in acido cloridrico del succo gastrico e alla dieta aclorurata imposta nell'epilessia viene data da molti autori grande importanza (Ferè, Pasini). Senza entrare in tale dibattuta questione, ne rileviamo l'importanza agli effetti della terapia, come meglio vedremo in seguito.

Non avendosi in molti casi nessuna delle dette cause predisponenti, alcuni autori parlano senz'altro di idiosincrasia: parola vaga che non fa che nascondere la nostra ignoranza.

Nel nostro caso a nessuna delle cause predisponenti generali di cui si è fatto cenno si può attribuire l'insorgere dell'esa.; non a lesioni cardiache, renali, polmonari, non ad ipercloridria, non alla dieta ipoclorurata, ecc. Una causa predisponente locale esiste invece a cui credo si deve dare nel nostro caso molta importanza, e cioè alla preesistenza di una lesione cutanea, la piaga da ustione.

È qui il caso di accennare ad alcune cause predisponenti locali, che determinano talora l'insorgere dell'esa. in una data regione del corpo.

Infatti l'esa. bromico è in genere generalizzato a tutta o a gran parte della superficie cutanea, ma in altri casi l'eruzione è parziale, circoscritta per es. su una parte del viso, di un arto, gambe specialmente; qui l'eruzione resta circoscritta, assumendovi un notevole sviluppo, mentre sul resto del corpo non ne esiste traccia. Così è avvenuto nel nostro caso in cui si ha un bromoderma circoscritto alla gamba sinistra, sul resto della cute non c'è traccia di eruzione.

Perchè questo avviene? In molti casi non si riesce a trovare la causa localizzante, in altri tale causa pare sussistere. Riferiamo i seguenti esempi tratti dalla letteratura. In un caso si è visto l'eruzione svilupparsi in una gamba in cui esistevano varici (Hallopeau e Viellard); in un altro caso l'eru. si sviluppò in un punto in cui preesisteva una cicatrice (Giovannini) o delle cicatrici vacciniche (Crocker); in un altro caso l'eru. si sviluppò sulla reg. sacrale in una zona soggetta a decubito (Lucchetti); in un altro caso su una ferita contusa della gamba (Lucchetti).

Nel nostro caso si deve ritenere che lo sviluppo dell'eru. nella gamba sia stato determinato dalla preesistenza della piaga da scottatura. A dimostrarlo basta ricordare i fatti in ordine cronologico. La pa. faceva da tempo largo uso di bromuro di K senza aver mai avuto esantemi. Si produce un'ustione alla gamba; la lesione nonostante l'opportuna medicatura non tende a guarire, anzi intorno alla piaga si sviluppano dei nodi e delle pustole, in modo che la lesione tende a diffondersi sempre più verso la cute sana, acquistando sempre più le note caratteristiche dell'eruzione bromica; intanto in nessun altro punto del corpo si nota traccia di esantema.

Risulta evidente che lo sviluppo locale del bromoderma è dovuto alla presenza della piaga da scottatura. È quindi il nostro caso quanto mai dimostrativo e decisivo circa la questione del rapporto tra sviluppo locale dell'eruzione e alterazioni cutanee pregresse. È per questo che noi abbiamo voluto ampiamente illustrare questo punto.

Un altro problema molto discusso è quello della patogenesi del bromoderma, del modo cioè come i pr. bromici, assorbiti pel tubo gastroenterico e circolanti nel sangue, determinano sulla cute quelle speciali alterazioni costituenti l'esa. bromico nelle sue varie forme (acne, nodi, pustole, ecc.). Senza entrare in argomento a noi basta qui accennare quanto è comunemente ammesso e cioè che il bromo si fissa su alcuni elementi della cute (ghiandole), attraverso cui tende ad eliminarsi e vi determina un'azione irritante chimica, un'azione iperemizzante, forse un'azione chemiotattica, determinando lo sviluppo dell'esa. nei suoi vari aspetti morfologici. È noto come a parecchi ricercatori è riuscito dimostrare il bromo nei nodi e nel secreto delle pustole dell'esa. bromico (Guttmann, Pasini, ecc.).

Veniamo ora a parlare degli svariati aspetti clinico-morfologici che può assumere nei vari casi l'eruzione bromica. Non è nostro compito di diffonderci su tale argomento; ci limitiamo perciò ad accennare alle forme più comuni.

A parte casi rari di esa. bromici diffusi, insorgenti anche per dosi tenui, rapidi nell'insorgere e nello scomparire, caratterizzati dal polimorfismo (eritemi, pomfi, esa, vescicolari e bollosi) (Lesser), nei casi comuni si hanno esa. simili all'acne volgare, ostinati, insorgenti per l'uso prolungato e copioso dei bromici, specie del bromuro di K.

In questo secondo tipo di eruzione, che è quello che a noi interessa, oltre a nodi e pustole di varia grandezza, simili all'acne volgare, si possono avere degli infiltrati per la confluenza di molti di tali elementi. Questi infiltrati sporgono notevolmente sulla superficie cutanea; quando le pustole si sono svuotate, essi assumono l'aspetto di ulcerazioni a carattere torpido. A volte si hanno infiltrati dell'ampiezza di uno scudo o di una palma,

alquanto duri, di colorito rosso-bruno, che dopo qualche tempo presentano la parte centrale avvallata e i margini rilevati; essi rassomigliano ad infiltrati sifilitici (Kaposi). Quando non si sospenda l'uso del bromuro queste produzioni possono persistere e diffondersi sempre più verso la cute sana, presentando sempre un margine rilevato, infiltrato.

Le sedi preferite di questi infiltrati sono la faccia e gli arti, specie le gambe; sono unilaterali o bilaterali, talora disposti simmetricamente.

I fenomeni subiettivi sono poco notevoli, si ha talora prurito, in rari casi dolore molto vivo (Neumann). La febbre suole mancare; spesso si hanno fenomeni di bromismo, ma essi possono mancare.

Il modo di erompere è spesso acuto, ma qualche volta è molto lento. La durata è naturalmente legata al persistere della causa provocatrice, cioè all'uso del rimedio; l'eru. è tenace. Sono citati esempi di persistenza per mesi ed anni, fino a 10 anni (Giovannini). Sospeso l'uso dei bromici si ha netto miglioramento e in capo a 20-60 giorni si può avere la guarigione.

Gli esiti dell'eru. sono diversi secondo la forma che lo costituiva; si possono avere superfici pigmentate o acromiche, desquamazioni, cicatrici piane, avvallate o ipertrofiche. In alcuni casi l'aspetto delle cicatrici può fare erroneamente pensare ad esiti di lesioni sifilitiche.

I caratteri morfologici dell'eru. bromica sono tutt'altro che costanti; caratteristico è il suo polimorfismo. Si comprende perciò come se ne presenti talora difficile la diagnosi, anche a provetti dermatologi. Come risulta dalla letteratura sull'argomento è sopratutto con le affezioni luetiche che è stata riconosciuta difficile la diagnosi differenziale (caso di Fournier, Pini, Szradek, ecc.), ma anche con altre dermatosi (casi di Muller, Comby).

Dal punto di vista diagnostico è evidente che oltre ai caratteri morfologici, per i quali occorre una speciale competenza, bisogna tenere in massimo conto il criterio etiologico, la R. di Wassermann negativa; in alcuni casi servirà a decidere il criterio *ex adiuvantibus*, cioè la sospensione del rimedio.

Venendo al nostro caso, a noi preme di rilevarne alcune particolarità: la topografia dell'eruzione (forma circoscritta alla gamba s.); la lunga durata di alcuni mesi, l'ostinatezza dell'eruzione e anzi il suo progressivo ingrandirsi nonostante le cure locali; la tendenza a guarire al centro mentre verso la periferia presenta i caratteri già descritti come tipici del bromoderma a forma nodo-pustolosa e ulcerosa; l'assenza di febbre e di fenomeni di bromismo; la rapidità con cui l'eruzione ha volto verso la guarigione non appena sospeso l'uso del bromuro, lasciando una vasta superficie pigmentata, di aspetto cicatriziale.

Nessun dubbio, tenuto conto di tutti questi caratteri che nel nostro caso si trattasse di un bromoderma. Se in primo tempo si ebbe qualche dubbio sulla diagnosi, in seguito la R. di Wassermann negativa e sopratutto l'esito della cura tolsero ogni incertezza.

Poche parole sulla terapia. Questa consiste essenzialmente nella sospensione del rimedio. Viene a cessare così ogni nuova introduzione; naturalmente pel fenomeno dell'accumulo persiste ancora per qualche tempo il rimedio nell'organismo, che va poi gradatamente eliminandosi attraverso le urine, le feci ed altre secrezioni.

Una grave obbiezione si può fare a questo elementare precetto curativo. Se noi sospendiamo il bromuro per es. in un epilettico, avremo la guarigione dell'eruzione ma vedremo ritornare gli attacchi convulsivi. Per evitare ciò occorre dare dei succedanei del bromuro. Come tali sono stati consigliati con buon esito il veronal, il cloralio, il valeriano di zinco ecc.; recentemente si è riconosciuto efficacissimo il luminal; di esso si è fatto uso nel nostro caso, alla dose di 10 ctgr. *pro die*, con ottimo risultato.

Alcuni autori consigliano l'uso dell'arsenico per via orale, l'uso di diuretici, di antisettici intestinali (naftolo, salicilato di bismuto ecc.); nel nostro caso non se ne è fatto uso.

Localmente si consiglia l'uso di impacchi caldo-umidi semplici o leggermente antisettici; altri consigliano l'unguento all'ittiolo, delle polveri essiccanti o altri rimedi secondo il caso. Noi abbiamo visto risultare efficaci gli impacchi caldo-umidi semplici.

Riguardo poi alla dieta non è ancora assodato se la soppressione della dieta ipoclorurata (qualora si praticasse) o addirittura la somministrazione di cloruro sodico, possa migliorare l'esantema ed affrettarne la scomparsa. Ciò si può tentare senza arrivare al punto, come consigliano Goldreich ed altri, di non sospendere affatto il bromuro, purchè si dia coll'alimentazione una quantità 6-8 volte superiore di cloruro sodico. Questo sale agevolerebbe la scissione e la eliminazione del bromuro dall'organismo, rendendone meno dannosa la eliminazione per la cute, evitando così lo sviluppo dell'esantema.

Nel nostro caso la p. ha continuato nella dieta comune clorurata; come si è detto è

bastata la soppressione del bromuro coadiuvata dall'uso di impacchi locali per ottenere egualmente ed in modo rapido la guarigione.

RIASSUNTO.

Dopo di avere rilevato l'importanza dell'argomento, viene riferita la storia clinica di un tipico esantema bromico circoscritto (bromoderma) in una epilettica che da tempo faceva largo uso di bromuro di potassio; l'esantema ha sede nella gamba sinistra.

Vengono quindi passati in rassegna i vari elementi etiologici dell'esantema, insistendo sull'importanza predisponente locale di pregresse alterazioni cutaneee e venendo alla conclusione che nel caso in esame la preesistenza di una piaga da ustione è stata la causa dello sviluppo locale del bromoderma.

Si accenna poi alla patogenesi, alla morfologia, al decorso, agli esiti dell'esantema ed infine ai criteri diagnostici ed alla cura. Notevole il fatto che si è potuto sopprimere nel nostro caso l'uso del bromuro sostituendolo col *luminal*, ottenendo allo stesso tempo la guarigione dell'esantema e la scomparsa degli accessi epilettici.

BIBLIOGRAFIA.

CIARROCCHI. *Contribuzione allo studio delle eruzioni bromiche nei neuropatici.* Congr. internazionale di Derm. e Sifil., Vienna, 1892.

CHIRIVINO. *Bromoderma pustoloso-fungoide; contributo all'istologia e alla patogenesi delle eruzioni cutanee da bromuri.* Giorn. intern. delle Sc. Med., 1904.

GAGLIO. *Trattato di farmacologia e terapia*, anno 1910.

GIOVANNINI. *Tre casi di dermatite nodulo-ipertrofica degli arti inferiori per l'uso del bromuro di potassio e di sodio.* Lo Sperimentale, 1889.

GOLDREICH. *Un caso di epilessia con bromoderma tuberoso e bolloso.* Soc. Med. int. e Ped., Vienna, 1913.

LESSER. *Trattato d. M. della pelle.* Vallardi.

LUCCHETTI. *Contributo allo studio dei bromodermi.* (Ampia monografia con estesa bibliografia), Giorn. Ital. Ma. veneree e d. pelle, anno 1920.

MARZIANI. *Bromoderma tuberoso osservato insieme nella madre e nel figlio lattante.* Soc. Med., Parma, 1912.

PASINI. *Sulla patogenesi delle eruzioni bromiche.* Annales de Derm. et de Syph., 1906.

PINI. *Bromoderma nodosum fungoides.* Arch. f. Derm. u. Syph., 1900.

SEGRÈ. *Un caso di bromoderma tuberoso per l'uso di Bromural*, 11ª Riun. della Soc. It. di Derm. e Sif., Roma, 1909.

THIEBIERGE. *Eruptions Médicamenteuses.* Masson, Paris, 1907.

OSPEDALI CIVILI DI GENOVA
SEZIONE DERMOSIFILOPATICA
diretta dal prof. F. SPRECHER.

Contributo allo studio delle dermatosi simulate.

Patomimia cutanea da corrente galvanica.

Dott. G. MARENGO, assistente volontario.

In un capitolo tutto particolare della dermatologia, come è quello che si occupa delle lesioni simulate, non è possibile fare riassunti storici. È certo, che tra le patomimie in genere, che risalgono alle più remote epoche, le cutanee furono sempre tra le più frequenti, a causa della grande facilità con cui il tegumento, più di ogni altro organo, si può aggredire e vulnerare.

Per non fare opera necessariamente incompleta tralascerò quindi dal citare esempi tramandatici da trattatisti e da medici di ogni tempo e, fermandomi solo a tempi recenti, ricorderò tra gli Autori stranieri il Bazin (1), il Thibierge (2), il Derblich (3), i quali fecero delle dermatosi simulate vere trattazioni classiche; tra gli italiani, il Rivalta (4), che raccolse ed illustrò ben cento casi di patomimie cutanee di guerra: il De Bella (5), che dei più frequenti tipi castrensi precisò la morfologia e stabilì una classificazione, ed il Bertolini (6), che pure illustrò le più frequenti patomimie cutanee in uso nell'esercito.

Gli Autori distinguono in generale le dermatosi simulate in endogene ed esogene: queste sono di gran lunga le più numerose e le più varie, perchè dai tentativi veramente ingenui eseguiti con mezzi semplicissimi si giunse a delle più o meno perfette imitazioni, eseguite nelle circostanze più strane. Tra queste ultime è certamente da porre il caso clinico odierno in cui il soggetto ebbe ad escogitare un mezzo assai fuori dell'ordinario e, per quanto io sappia, non ancora segnalato da altri Autori.

P. A., di anni 27, impiegato, celibe, da Genova, è ricoverato nella Sezione dermopatica dell'ospedale di Pammatone in Genova il 15 marzo 1921. Dal lato anamnestico, nessuna malattia degna di nota. Fatto abile al servizio militare, durante l'ultima guerra fu ferito diverse volte e mutilato del quinto dito della mano sinistra. Nel dicembre del 1920, per disturbi nervosi insorti piuttosto rapidamente, fu ricoverato in una Sezione medica ospedaliera, ove, poichè il P. accusava dolori, specialmente alla regione infrascapolare sinistra, venne sottoposto, dopo qualche tempo di degenza, anche a cure elettriche. Asserisce il P. che, dopo una seduta elettroterapica, si manifestarono, proprio sulla regione infrascapolare sinistra, sulla quale si faceva agire uno dei poli della corrente galvanica, due ustioni di una certa entità che guarirono in una quindi-

cina di giorni lasciando, quale esito, due cicatrici anche ora ben visibili. Qualche giorno dopo insorsero, sempre a detta dell'infermo, senza causa apprezzabile, delle lesioni localizzate specialmente alla nuca, alla regione soprascapolare sinistra, alle braccia, alcune anche alle avambraccia.

Queste lesioni, curate con pennellazioni di soluzione di nitrato d'argento (?), non accennavano a guarire, anzi peggioravano. Verso i primi giorni di marzo il P. uscì dal suddetto luogo di cura, ma ancora sofferente, ed essendo pressochè invariati i fatti cutanei, venne avviato a questa sezione.

Esame obbiettivo. — Soggetto di costituzione fisica bene sviluppata. Nulla si rileva a carico degli organi interni. Notasi invece un certo scadimento psichico a tipo astenico.



L'esame obbiettivo della cute rileva:

in corrispondenza della regione infrascapolare sinistra due cicatrici ovoidali della grandezza, all'incirca, di una moneta da un soldo, di colorito bianco madreperlaceo, piane, regolari, circondate da piccolo alone pigmentario; tali cicatrici sono residuate, secondo le assicurazioni del P., alle applicazioni elettroterapiche da lui subite, e di cui già facemmo menzione.

In corrispondenza poi della regione soprascapolare sinistra, della nuca, della braccia ed avambraccia (superfici antero-esterne) si notano delle escare regolarmente rotondeggianti, come a stampo, della grandezza variante da quella di una moneta da un centesimo a quella di un soldo.

La superficie delle escare ha aspetto secco, colorito bruno; dalla loro periferia essuda, in qualche punto, scarso liquido sieroso; tutte sono poi circondate da alone infiammatorio di colorito rosso-bluastro della larghezza di 2-3 millimetri, leggermente rilevato sul piano dell'escara. Se si cerca di staccare questa con una pinza non si riesce affatto; essa fa corpo con i tessuti sottostanti e, continuando la trazione, si provoca emorragia.

La palpazione e la pressione modica degli elementi non desta quasi dolore; le glandole linfatiche prossimiori, cioè le cervicali, le ascellari ed epitrocleari non presentano reazione.

Interessante infine notare, che la cute del nostro P. non presenta, nè in prossimità degli elementi descritti, nè a distanza da essi, alcuna lesione infiammatoria diversa dalle descritte.

Il decorso di queste lesioni fu molto semplice. Sotto l'azione della sola medicazione protettiva con garza sterile le escare di alcuni elementi si eliminarono, lasciando al disotto non già delle ulcerazioni, ma delle superfici bene granuleggianti che in seguito si epitelizzarono. Residuarono, alfine, cicatrici superficiali, regolari, leggermente pigmentate, molto simili alle vecchie cicatrici mostrateci dall'infermo. Questi, dietro sua domanda, fu dimesso dalla Sezione dopo quindici giorni di degenza, quasi del tutto guarito.

Quali dermatosi sono da mettere in discussione per la diagnosi differenziale?

A bene osservare e considerare gli elementi descritti, io credo nessuna. Tuttavia, una forma che, a primo aspetto, potrebbe trarre in errore è quella di una piodermite profonda od ectima semplice; ma, anche senza ricordare che questa lesione, frequente nei bambini, nei vecchi od in individui che presentano uno stato di cachessia, è invece piuttosto rara nei giovani robusti e, pure prescindendo dalla localizzazione frequentissima dell'ectima agli arti inferiori, invece che alle braccia ed alle spalle, vi sono tre caratteri che colpiscono subito nel nostro malato. Essi sono: 1° la simmetria nelle disposizioni delle lesioni; 2° la localizzazione in punti facilmente raggiungibili; 3° la regolarità geometrica dei singoli elementi.

Ma i caratteri differenziali sicuri, decisivi, stanno nell'osservazione delle lesioni elementari.

Nel nostro caso, come dicemmo, non è dato rilevare altro che delle semplici e monomorfe necrosi cutanee; mancano affatto le lesioni primitive e secondarie che caratterizzano l'ectima: non lesioni pustolose, non croste, non ulcerazioni ad esse sottostanti. Quando a ciò si aggiunga la perfetta somiglianza tra le cicatrici vecchie e le nuove, noi abbiamo elementi sufficienti per porre la diagnosi di *dermatosi simulata a tipo escarotico*, e per stabilire il mezzo, di cui il soggetto si è servito, non cade dubbio che nel nostro caso questo mezzo è rappresentato dall'azione elettrica della corrente galvanica, cioè dell'applicazione sui punti lesionati di un reoforo di quell'apparecchio, dal quale il P. era stato prima, durante una seduta elettroterapica, casualmente ustionato.

Noi non abbiamo potuto ottenere la conferma da una confessione del P., ma ad illustrare

i motivi psicologici che hanno potuto guidarlo aggiungeremo che il P. A. è impiegato in una grande Azienda privata, che, in caso di malattia, paga lo stipendio intero per tre mesi; che allo avvicinarsi di tale scadenza il P. sollecitò insistentemente l'uscita.

Ho creduto utile illustrare brevemente questo caso, come piccolo contributo alla casuistica delle patomimie cutanee, e nell'interesse della quotidiana pratica dermatologica. Non è difficile invero, quando non soccorra un esame accurato, l'essere tratti in errore da forme patomimiche cutanee; e specialmente ora in tempo di pace più che in guerra, quando il medico, per ovvie ragioni, era più portato a dubitare sulla patogenesi di alcune dermatosi.

Nel por fine a questa breve nota sento il dovere di vivamente ringraziare il prof. Sprecher per il caso concessomi in studio ed il prof. De Bella per gli utili consigli di cui mi fu prodigo.

BIBLIOGRAFIA.

(1) BAZIN. *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles.* Paris.
(2) THIBIERGE. *Eruptions simulées.* Pratique Dermatologique, T. 2°, p. 497.
(3) DERBLICH. *Die simulirten Krankheiten der Wehrpflichtigen,* Vienna, 1889.
(4) RIVALTA. *Considerazioni su un centinaio di casi di patomimie cutanee.* Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, fascicolo VI.
(5) DE BELLA. *Su alcuni tipi di dermatosi simulate castrensi.* Riforma med., a. XXXIV, n. 47.
(6) BERTOLINI. *Patomimie cutanee con particolare riguardo a quelle più comunemente in uso oggi nell'esercito.* Pisa, Tip. Simoncini, 1920.

RIVISTE SINTETICHE.

OSPEDALE CIVILE DI VERONA.
Divisione Medica Maschile.
Direttore: Prof. A. FAGIUOLI.

Sieroterapia e Vaccinoterapia antistreptococcica e antistafilococcica.

Dott. I. CORRADI, assistente.

Negli studi e nelle ricerche incessanti e laboriose relative alla lotta contro le malattie da infezione in genere, si notano due opposte tendenze che si contendono il campo terapeutico, entrambe fondate su basi solide, entrambe sostenute da dati sperimentali. La più antica e senza dubbio, la più diffusa, è basata sulla specificità dei germi e dei loro prodotti, quindi sulla specificità dei sieri e dei vaccini. La pratica però ha da qualche tempo dimostrato in aperto contrasto con i canoni fondamentali di questa teoria, che nelle malattie infettive si ottengono successi indiscussi anche con mezzi curativi aspecifici. Ne nacque da ciò una seconda tendenza terapeutica che si appoggia sull'utilizzazione di sostanze non specifiche, quali, ad es., sieri e vaccini eterologhi, proteine in genere e proteosi. Non è mio intento esporre ora dettagliatamente idee e fatti su tale argomento, e tanto meno discutere l'importanza dottrinale dei principi sostenuti dai fautori dell'una e dell'altra teoria; mi limiterò a riassumere in base allo sudio delle esperienze fino ad oggi praticate, il valore terapeutico della siero-terapia e della vaccino-terapia sia specifica che aspecifica nelle malattie da infezioni strepto- e stafilococciche. Non una disquisizione scientifico-teorica in un campo tanto vasto ed intricato, ma una esposizione sintetica con indirizzo eminentemente pratico, che possa riuscire di utilità nel quotidiano esercizio professionale.

MALATTIE DA INFEZIONE STREPTOCOCCICA. — Le infezioni streptococciche dell'organismo umano possono determinare la comparsa di svariate malattie, quali l'eresipela, la febbre puerperale, le infezioni chirurgiche (peritonite post-operatoria, setticemia, pioemia), il flemmone, l'ascesso, la linfangite, l'osteomielite, l'osteite, l'artrite, ecc., affezioni cutanee, quali l'acne, cellulite, ecc., tonsilliti, angine, piorrea alveolare, otiti, sinusiti, ecc.

Faccio subito notare però che l'eresipela soltanto è un'infezione sempre e unicamente streptococcica (*streptococcus* del Fehleisen), mentre le altre forme sovraelencate lo sono nella maggioranza dei casi potendo essere talvolta causate anche dallo stafilococco, oppure da altri microorganismi.

I primi studiosi che si occuparono di sieroterapia antistreptococcica (Marmorek 1895 ed altri) ritennero che tutti gli streptococchi di qualunque ceppo, appartenessero ad un'unica e sola specie. In seguito tale opinione si dimostrò errata perchè, se esistono lievi differenze in pratica trascurabili tra streptococchi isolati da varie fonti, è ormai perentoriamente assodato che col mutar delle condizioni d'ambiente il medesimo streptococco subisce modificazioni nei suoi caratteri morfologici e biologici: si aggiunga inoltre che differenze notevoli esistono anche tra streptococchi isolati da individui colpiti da una stessa streptococcemia. Queste constatazioni portarono di conseguenza all'uso di sieri e di vaccini provenienti non da una sola specie batterica, ma da più ceppi di alta virulenza ed attività: si prepararono così sieri e vaccini polivalenti che in realtà meglio rispondono nella pratica curativa. Il siero antistreptococcico è un siero antibatterico più che antitossico, e diede quasi sempre risultati notevoli quando venne impiegato in forme allo stadio di infezione locale o ancora circoscritta alla porta d'ingresso, o nello stadio di setticemia iniziata: mentre nelle pioemie sviluppate, quando i tessuti sono già gravemente colpiti, i leucociti trasformati in globuli del pus, ed il veleno batterico ha invaso oramai i centri nervosi, il miocardio, ecc., non ha corrisposto all'attesa.

Il siero antistreptococcico possiede inoltre potere preventivo specie quando vi sia minaccia di infezione streptococcica, per es. parti laboriosi e distocici, ferite vaste, slabbrate e inquinate, atti operativi che possono causare infezione post-operatoria, ecc. In tal caso la somministrazione si fa o per via sottocutanea alla dose di 20 cmc. ripetuta anche per parecchi giorni, o per bocca alla dose di 25-30 cmc. addizionata con qualche correttivo (Spiess). Ma il campo d'azione più vasto della siero-terapia antistreptococcica sta nella cura delle streptococcemie, alludo alle peritoniti, alle infezioni post-operatorie, alle streptococcemie puerperali, ecc., tutte forme a prognosi generalmente infausta, per cui se la guarigione avviene, si può ascrivere senz'altro all'azione del siero.

Il Denis di Lovanio su otto casi disperati di infezione post-operatoria ebbe sette guarigioni. Leclef, Bordet, Neufeld e Rimpon ottennero pure splendidi risultati. Il trattamento deve però venire iniziato quanto più precocemente è possibile, ed è d'altra parte necessario somministrare dosi generose di siero (50-60 cmc. per via sottocutanea, 30-40 per via endovenosa due o tre volte al giorno) e ripeterle quotidianamente fino a quando il pericolo sia scongiurato: con queste cautele nella maggior parte dei casi si ottengono benefici veramente notevoli.

Per l'*Eresipela* invece la sieroterapia mancò alla promessa. Se il Chantemesse, che usò il siero di Marmorek in cinquecento pazienti notò spesso un abbreviamento nel decorso del processo morboso e in certi casi la guarigione rapida e sicura, la maggior parte degli esperimentatori (Iochmann, Grixoni, Petruski, Lehnarzt, Bendix e Pontano, ecc.) portano risultati assolutamente negativi. In qualche forma di eresipela migratoria o recidivante venne associata alla sieroterapia la vaccinoterapia specifica. I risultati furono abbastanza incoraggianti, ma non assolutamente probativi. Certo date le caratteristiche peculiari dello streptococco che da individuo ad individuo assume fisionomia e proprietà diverse, pure essendo la causa etiologica della stessa forma morbosa, sarebbe forse più logico non l'impiego degli stokvaccini del commercio, ma il trattamento autovaccino-terapico che in senso più ristretto risponderebbe meglio al concetto di specifità.

Quanto alle cure aspecifiche si usò nel trattamento della eresipela la sieroterapia eterologa, il latte e le sostanze proteiniche per via parenterale con risultati secondo alcuni assai buoni. Il siero antidifterico, ad es., proposto da due medici russi, Clapiro e Tzoietoiew, nel 1902, fu usato successivamente con vantaggio da Tomaselli, Babes, Mastri, Chiadini, Federici, Ferraro, ecc. Polsk lo adoperò anche per via endovenosa con ottimi risultati che vennero confermati in seguito da altri sperimentatori fra i quali ricordo Campani e Bergolli. (In dodici casi gravi con iniezioni endovenose di 10 cmc. di siero antidifterico, 500 U. I. ripetuti due o tre volte nei giorni consecutivi, constatarono la guarigione al massimo in sette giorni). Altrettanto dicasi dei risultati ottenuti con la cura del latte e delle sostanze proteiniche per via parenterica (Nolf, Sasch, ecc.). In base alla mia personale esperienza fatta in questi anni all'ospedale Civile di Verona con i varii metodi terapeutici ora esposti, mi sono formato il convincimento che l'infezione eresipelatosa può venire beneficamente innfluenzata con ognuno di essi. Faccio però notare che le forme ordinarie senza gravi fenomeni di tossiemia e di setticemia, guariscono in breve anche con i mezzi abituali di cura, senza ricorrere al trattamento siero e vaccinoterapico sia specifico che aspecifico, il quale non dà risultati certi nemmeno nei casi gravi.

Nella *streptococcemia puerperale* che suole

manifestarsi sotto forma di endometrite, d'una peritonite grave, oppure di una tromboflebite, la cura sieroterapica ha dato e dà tuttora risultati soddisfacenti. Nella clinica ostetrica del nostro ospedale si usa da parecchio tempo il siero antistreptococcico dell'I. S. M. sia nei casi di febbre postpartum che possono lasciare aditi o dubbi sullo sviluppo ulteriore di una forma setticemica, sia nelle forme già chiare e manifeste.

Nelle setticemie vere e proprie conclamate il beneficio è però spesso modesto e ciò in rapporto e con la tardività del trattamento, e col fatto che le streptococcemie pure sono in questo caso assai rare nello stretto senso batteriologico del termine, poichè spesso nella pratica si hanno forme associate o miste anche se l'esame batteriologico del sangue svela solo la presenza dello streptococco. Comunque è doveroso in ogni caso di setticemia puerperale, anche non batteriologicamente accertata, intervenire quanto più presto possibile con un trattamento sieroterapico (iniezioni sottocutanee di 30-40 cmc. o endovenose di 20-30 cmc. per giorno).

Per quanto riguarda la vaccinoterapia in questa forma morbosa, si può dire che essa è ancora in via di esperimento. Se infatti alcuni studiosi ritengono le forme setticemiche specie le puerperali, come quelle che meglio si prestano alla vaccinoterapia (Wynn in 13 casi di infezione puerperale ebbe col vaccino streptococcico due soli decessi, mentre gli altri guarirono completamente in un periodo dai 6 ai 15 giorni; Hartmel in 18 pazienti che nessun beneficio avevano avuto dalla sieroterapia ebbe ottimo esito: Western a Londra in 56 casi trattati col vaccino ebbe una mortalità del 32 %, in 44 trattati con altri metodi la mortalità raggiunse il 55 %): altri per contro non constatarono alcun beneficio. Certo se si vuole adoperare in queste forme il vaccino con qualche probabilità di successo non si dovrebbe usare che quello autogeno in quanto gli streptococchi in genere come del resto altri germi (*bacterium coli*, e i consimili) assumono in ogni forma fisionomia loro propria e determinano una produzione di anticorpi specifici vari per ognuno e diversi anche a seconda dell'organismo ospite.

Anche per la proteinoterapia giudizi conclusivi appaiono prematuri poichè gli studi in proposito sono ancora all'inizio.

Nella *scarlattina* si rinvenne frequentemente lo streptococco, ma da tutti la sua presenza fu considerata un episodio banale e privo di importanza etiologica e patogenetica. Ciò non ostante Moser nel 1902 preparò un siero antiscarlattinoso col quale ottenne risultati soddisfacenti. Escheric, Bokay, Bujwid, Gertler, Pospichill, Palmirscki e Zebrowski, ecc., si mostrarono favorevoli al suo impiego, ma la maggior parte degli esperimentatori lo trovò privo di qualsiasi efficacia (Quest, Troitzky, Moltchanoff, Bilik, ecc.). Nè miglior fortuna ebbe in pratica il vaccino antiscarlattinoso di Gabritechwsky.

Dove la vaccinoterapia ha dato brillanti risultati è nella *piorrea alveolare*. Si sa che nell'80 % dei casi questa forma è sostenuta dallo streptococco, tanto che molti medici iniziano senz'altro la cura con il vaccino. Ciò non è esatto scientificamente in quanto sappiamo che la malattia può essere dovuta anche al *micrococcus catarralis* o allo stafilococco. Occorre perciò stabilire prima esattamente l'etiologia della forma morbosa e preparare poi il vaccino in base al reperto. Data la cronicità del processo vi ha tutto il tempo e la comodità per far allestire il vaccino autogeno che senza dubbio è da preferirsi. L'iniezione del vaccino (dose iniziale 10.000,000) è di regola seguita dopo 24 ore da lieve malessere generale, cefalea, infiammazione delle gengive, talvolta dolori muscolari, ecc. Quando compaiono queste reazioni vaccinali non è prudente aumentare la dose ma opportuno invece ripeterla. Già dopo la seconda o la terza iniezione (20-30 milioni) si può ottenere la guarigione completa.

Anche le *tonsilliti follicolari e lacunari*, le *angine*, le *otiti*, ecc., di origine streptococcica, sono assai favorevolmente influenzate dal vaccino. Il suo impiego evita spesso le gravi conseguenze che non raramente senza cura vaccinica si manifestano: si sono inoltre descritti casi di guarigione improvvisa per crisi dopo la prima iniezione. Certo si può obbiettare che queste forme tanto comuni e banali e così varie nel loro decorso, anche se lasciate a se stesse spesso guariscono spontaneamente e per crisi. Ciò è vero in linea di massima per es. per le tonsilliti, le angine, ecc.; ma in fatto di otiti non raramente accade che la mastoide si lasci invadere dai germi e successivamente si renda necessaria la mastoidectomia. Orbene dopo la cura vaccinale delle otiti streptococciche anche con contemporaneo risentimento alla mastoide, rare complicanze tardive si sono verificate e l'intervento operativo specie nei bambini si è quasi sempre potuto evitare.

Le *malattie cutanee* d'origine streptococcica sono molto meno numerose di quelle di natura stafilococcica. Esistono casi di *ascessi, acne, cellulite*, ecc., nei quali si riesce ad isolare lo streptococco come agente causale e in

queste forme si può adoperare con successo il vaccino autogeno semplice o misto, a seconda che lo streptococco è unico od unito ad altri germi.

Oltre alla cura specifica vanno prescritte quelle norme igieniche generali e dietetiche atte a migliorare le condizioni di difesa dei tessuti. Anche nelle localizzazioni ascessuali sottocutanee multiple, manifestazioni acute di una setticopiemia grave, la vaccinoterapia ha ben corrisposto, Pfeffel e Hochberg ad es. guarirono tre casi di setticopiemia grave influenzale con ascessi multipli sottocutanei mediante una o due iniezioni di 250.000.000 di streptococchi per via sottocutanea a distanza di otto giorni.

Nelle *osteiti, periostiti, osteomieliti* di natura acuta o cronica, lo streptococco può partecipare eventualmente come invasore secondario. In simili forme questo germe non ha importanza tale da giustificare l'uso del vaccino, si può ad ogni modo ricorrere all'impiego di un vaccino misto nella cui composizione entri anche lo streptococco. I rilievi in proposito sono però controversi; così mentre Ombredanne ad es. riferisce di aver avuto recentemente in forme di osteomielite streptococcica curata col vaccino risultati negativi, Grégoire afferma per contro di aver osservato beneficî non comuni.

Nelle *artriti acute* sia reumatiche, che purulente la vaccinoterapia (se lo streptococco ne è la causa) ha dato risultati incerti nelle prime, si è dimostrata pressochè inefficace nelle altre. Infine per quanto riguarda la sepsi reumatica che non è sempre sostenuta dallo *streptococcus rheumaticus* e le sue complicanze endocarditi, corea, ecc., il vaccino preparato con questo streptococco non ha mostrato influenza favorevole. Da parecchio tempo invece si è tentata nel reumatismo articolare acuto la proteinoterapia o le iniezioni di latte sterile con successi secondo alcuni autori veramente incoraggianti. Io ho trattato con iniezioni endomuscolari di latte (10 cmc.) parecchi reumatici nel reparto medico dell'ospedale, ma non ho mai constatato beneficî apprezzabili, mentre ebbi talvolta a notare fatti intensi di reazione infiammatoria locale.

MALATTIE DA INFEZIONE STAFILOCOCCICA. — Le infezioni stafilococciche sono generalmente caratterizzate da un decorso cronico e la reazione difensiva dell'orgnismo vi si compie in maniera insufficiente ed incompleta tanto che alcune di esse possono prolungarsi per mesi ed anche per anni. Nelle stafilococcemie vennero impiegati con successo tanto i sieri che i vaccini. Date le diverse specie di germi che possono venire isolate dai focolai di infezione (*staphylococcus piog. albus, citreus, aureus*). Il siero da usarsi deve essere polivalente e il suo impiego nelle setticemie stafilococciche quanto più è possibile precoce poichè allo stadio che precede la comparsa di ascessi pioemici l'effetto benefico è più rapido e più sicuro (20-40 cmc. di siero per iniezione sottocutanea ogni 2-4 giorni, oppure 10-20 cmc. per via endovenosa).

Mitigati col siero i sintomi generali dell'infezione si può allora ricorrere alla vaccinoterapia (meglio i vaccini autogeni) cui spettano i risultati più brillanti. Secondo infatti le esperienze di Allen nel primo stadio di una setticemia stafilococcica è opportuno intervenire con la sieroterapia o anche con vaccini eterogeni del commercio, fintantochè venga allestito il vaccino autogeno che in secondo tempo deve servire al trattamento (uno, due milioni a intervalli di tre o quattro giorni). Diversi autori tra i quali ad es. Thampon e Molyneux registrano con tal metodo successi in gravi setticemie con endocarditi ecc. La via più indicata per la somministrazione del rimedio è secondo detti AA. la via ipodermica. L'iniezione è in generale seguita da leggera reazione locale e generale; si può avere una zona eritematosa poco dolente intorno al punto dell'iniezione talvolta con lieve induramento; si può inoltre osservare leggero rialzo termico, malessere generale, cefalea, ecc., tutti sintomi che durano da otto, dieci a ventiquattro ore e che corrispondono alla fase negativa, fase in cui l'organismo si prepara alla difesa e che è necessario rispettare e lasciar evolvere prima di praticare nuove iniezioni. Detti fenomeni sono assai meno pronunciati con l'impiego degli autovaccini. Nei casi in cui sia necessario agire subito ed energicamente si deve ricorrere sempre (e secondo noi in ogni forma), alla somministrazione dei rimedi per via endovenosa: si associano allora all'azione curativa specifica le reazioni collaterali proteiniche. La reazione organica generale si può in questi casi interpretare come uno *choc* proteinico banale, un fenomeno di etero-colloidoclasia secondo i recenti concetti di Widal, Abrami e Brissaud.

Ma dove la vaccinoterapia fu impiegata finora con successi costanti e notevoli è nelle forme cutanee con suppurazioni superficiali come l'acne, la foruncolosi, l'antrace, eczemi, celluliti, ecc.

La *foruncolosi* fu la base della terapia vaccinale di Wrigt, terapia che fin dal suo inizio mostrò in questa forma una indiscutibile efficacia. La letteratura è ormai ricca in proposito. Strubel su 365 casi di foruncolosi trattati col vaccino stafilococcico ebbe solo 29 ri-

sultati negativi. Mauté e Bose che curarono centinaia e centinaia di casi di foruncolosi sono d'avviso che la vaccinoterapia costituisca in detta forma un mezzo di cura pressochè infallibile. Il procedimento terapeutico è semplice: si manda il malato in un gabinetto batteriologico per il prelevamento dei germi da un qualche foruncolo; ottenuto l'autovaccino si inizia la cura con una iniezione di 50 milioni di germi; poi si sale quotidianamente di 50 o di cento in cento milioni. In tesi generale l'80 % degli infermi guarisce dopo la terza iniezione, il 15 % dopo la quinta o la sesta, gli altri non ottengono che un miglioramento relativo. Si tratta in questi casi di intossicati gravi, diabetici o dispeptici; è necessario allora intervenire anche con una cura medica igienica e dietetica appropriata. Beninteso la vaccinoterapia va sempre accompagnata da adatte cure locali, disinfezione cutanea, incisione dei grossi foruncoli, medicazioni, ecc.

Anche per l'*Antrace* la cura deve essere contemporaneamente chirurgica ed i risultati sono secondo alcuni autori notevoli. Per l'*eczema*, l'*acne*, la *sicosi*, ecc., è necessario stabilire prima con esattezza l'agente etiologico di queste diverse forme morbose perchè è noto che possono essere dovute a diverse specie batteriche, stafilococchi, streptococchi, micrococchi, funghi ecc. Se lo stafilococco ne è la causa determinante, si allestisce l'autovaccino e si inizia la cura. Nel 50 % dei casi essa riesce a vincere le forme più ostinate, mentre negli altri determina un miglioramento notevole a condizione che sia prolungata. Occorre inoltre tener presente che gli individui affetti da sicosi ecc. soffrono quasi sempre contemporaneamente di qualche altra forma costituzionale che va pure curata, altrimenti anche il trattamento vaccinoterapico può riuscire inefficace.

Così nelle *psoriasi* e nelle forme di *impetigo* che hanno quasi sempre un'origine stafilococcica, si ottengono ottimi risultati dalla cura autovaccinoterapica quando nel contempo si cerchi di regolare le funzioni digestive, di curare i disturbi organici che le accompagnano, di migliorare i poteri difensivi dei tessuti. Le iniezioni di vaccino in tutte queste forme croniche devono essere almeno dodici (oltrepassando complessivamente anche il miliardo di germi) se si vogliono evitare recidive.

Nelle forme che riconoscono un'etiologia multipla si dovrà usare il vaccino misto. Così negli *ascessi*, che raramente hanno per unica causa lo stafilococco, ma più spesso sono dovuti ad associazioni microbiche; così in altre forme cutanee che dimostrano la presenza dello stafilococco associato ad un invasore principale (diplococco, bacillo della tubercolosi, della lebbra, ecc.). Sui vantaggi però della vaccinoterapia mista in queste forme morbose, data la scarsa esperienza in proposito, è ancora prematuro il giudizio.

Per quanto riguarda la *piorrea alveolare* ho già detto che essa è generalmente di origine streptococcica; però anche lo stafilococco può rappresentarne la causa ed allora la vaccinoterapia stafilococcica è sempre indicata e dà buoni risultati. Qualora la piorrea si mutasse col tempo, come talora accade, in una infezione multipla nella quale agiscono quattro, cinque microrganismi diversi, la vaccinoterapia dovrà praticarsi non soltanto con vaccino autogeno ma con vaccini misti.

Anche nelle tonsilliti follicolari acute o lacunari, nelle angine, nelle otiti e mastoiditi croniche ad etiologia stafilococcica, la cura vaccinale ha dato risultati notevoli e dopo il suo uso molti interventi operativi anche gravi si poterono evitare.

In oculistica la vaccinoterapia vanta lusinghieri successi specie nelle *blefariti, congiuntiviti* e *cheratiti* croniche, di origine stafilococcica: Cormalt ed altri portano casi di guarigioni complete in forme che duravano da anni e che non avevano risentito beneficio alcuno da altri procedimenti terapeutici.

Ho elencato così le varie malattie da infezione strepto- e stafilococcica ed ho parlato dei relativi procedimenti terapeutici. Prima di conchiudere sull'argomento, desidero fare un breve cenno sulla stomoterapia (Centanni). L'azione delle stomosine poggia sulla terza immunità che sarebbe legata in parte ai criteri della vaccinoterapia specifica ed eterologa, in parte a quelli della proteinoterapia. In alcune forme ad infezione strepto- e stafilococcica la stomosina antipiogene e quella antistreptococcica hanno dato secondo taluni autori successi lusinghieri, secondo altri invece scarsi benefici.

Certo la stomoterapia è ancora in via di esperimento ed è perciò necessario attendere un più largo tributo di esperienze e di studi, prima che sia lecito pronunciarsi con fondamento e in maniera decisiva sulla sua pratica utilità.

In base a questa sommaria esposizione sui risultati della sieroterapia e vaccinoterapia nelle infezioni strepto- e stafilococciche, quali corollari pratici possiamo dedurne? Poichè se in talune forme morbose i benefici ottenuti furono tali da giustificare in ogni caso l'impiego del rimedio, in altri per contro la terapia sia specifica che aspecifica venne a man-

care completamente allo scopo. Dinanzi a tale varietà di reperti come dovrà regolarsi il medico pratico nell'uso dei sieri e dei vaccini?

Ogniqualvolta ci si trovi di fronte ad una streptococcemia anche se il caso è grave e disperato, saremo autorizzati ad istituire un trattamento siero- e vaccinoterapico: nelle forme croniche o nei processi localizzati soltanto la vaccinoterapia autogena possiede un valore curativo indiscusso.

Nelle stafilococcemie si potrà tentare subito il siero polivalente finchè venga allestito il vaccino autogeno che è sempre da preferirsi. Nelle forme cutanee (acne, foruncolosi ecc.) si ottengono coi vaccini i risultati migliori.

Da taluno si è sostenuto e ancor oggi si sostiene, che l'impiego di questi mezzi terapeutici può presentare pericoli e danni per l'infermo. In verità per l'uso del siero si sono osservate forme anafilattiche anche gravi; ma queste con un po' di oculatezza si possono prevenire, sia investigando bene nell'anamnesi per conoscere eventuali precedenti cure di siero, sia saggiando prima con dosi minime (1/10 di cmc. secondo il metodo subentrante di Besredka) il grado di risposta dell'organismo e facendo poi seguire un'iniezione abbondante poichè le dosi elevate sono per se stesse antianafilattiche, sia impiegando siero di altre specie animali o somministrando, secondo i vari metodi, peptone, cloruro di calcio, o citrato sodico. I fenomeni legati alla tossicità del siero sono pure in pratica trascurabili. L'impiego dei vaccini per via sottocutanea non presenta pericolo alcuno; se la somministrazione si fa invece per via endovenosa (che è quasi sempre da preferire) è necessario assicurarsi anzitutto che non esistano controindicazioni formali (lesioni gravi agli apparati cardiaco e renale); in secondo luogo che le dosi sieno esatte ed appropriate. Con queste cautele il pericolo è nullo e tranne il brusco risentimento generale (brivido intenso, febbre elevata, malessere generale, ecc., tutti fenomeni che compaiono improvvisamente, ma con altrettanta rapidità si dileguano) non si osservano mai inconvenienti spiacevoli.

Verona, 28 giugno 1921.

NOTE E CONTRIBUTI.

A proposito della sindrome da fame nei prigionieri di guerra italiani.

Dott. GIOVANNI DE TONI
assistente della R. Clinica pediatrica di Padova

In una interessante comunicazione, comparsa nel *Policlinico* (Sez. prat., fasc. 37, 1921), il dott. Bolaffio muove ai medici italiani ex-prigionieri di guerra, il giustissimo appunto, di non aver ancora reso di pubblica ragione il frutto dell'ampia messe di osservazioni fisiologiche e cliniche che essi poterono raccogliere, in grazia delle eccezionalissime condizioni nelle quali si svolse l'opera loro.

Questo rimprovero è tanto più giusto in quanto i medici francesi ed inglesi, prigionieri in Germania o in Austria, non poterono avere dinnanzi agli occhi un sì largo campo di esame; infatti i loro Governi avevano organizzato fin dall'inizio con larghezza e regolarità sufficenti, il servizio di rifornimento viveri per tutti i prigionieri; rifornimento che da noi invece veniva lasciato all'iniziativa privata e delle singole Sezioni della Croce Rossa. Non mi consta d'altronde che i medici di quelle nazioni, in cui il servizo viveri era ancor più difettoso del nostro, o quasi nullo addirittura, quali la Rumania, la Serbia e la Russia, abbiano dato pubblicità alle loro osservazioni.

Rispondo perciò ben volentieri all'appello del dott. Bolaffio, sperando che altri colleghi vogliano contribuire alla ricostruzione dei vari quadri clinici osservati nei prigionieri di guerra.

Non mancano argomenti di studio di alto interesse: a titolo d'esempio, cito le polmoniti franche con decorso interamente apiretico, che potemmo osservare abbastanza frequentemente negli astenici per inanizione.

Riguardo alla sindrome da fame, esporrò brevemente quanto ho potuto notare in dodici mesi di prigionia in Austria, durante otto dei quali ebbi la fortuna di prestare servizio nell'Ospedale di Sigmundsherberg, che per importanza e numero di malati (più di 3000) occupava il secondo posto tra gli Ospedali per prigionieri eretti dal Governo austriaco.

Comincerò con le osservazioni che ho potuto raccogliere nel 1° reparto ufficiali del campo di Hart bei Amstetten, dove tenni l'ambulatorio per più di un mese, nell'epoca in cui nessun ufficiale aveva ancora incominciato a ricevere pacchi di viveri dall'Italia.

La razione alimentare, in causa della pessima amministrazione annonaria austriaca, e dell'enorme afflusso di prigionieri dopo la di-

sfatta di Caporetto, era molto inferiore a quella passata dal Governo Germanico.

Ricordo che per ingannare la fame e la noia, facevo ogni giorno il bilancio approssimativo delle calorie che introducevamo con gli alimenti, giovandomi per ciò delle abituali tabelle fornitemi gentilmente da un collega austriaco.

Nei calcoli cercavo di peccare più per abbondanza che per difetto; ad esempio consideravo la razione di pane come se si fosse trattato di vero pane e non di quell'ignobile mistura che tutti gli ex-prigionieri ben ricordano; con tutto ciò la media oscillava sempre tra le 1000 e le 1100 calorie; solo una o due volte la settimana si raggiungevano le 1200.

Gli alimenti erano costituiti in modo preponderante e spesso anzi esclusivo, da vegetali, e cioè rape, carote, barbabietole; più di rado patate. La razione di carne era scarsissima e somministrata non tutti i giorni.

Questo regime alimentare portava con sè stesso necessariamente un'eccessiva assunzione di acqua; si aggiunga oltre a ciò che tutti ne bevevano in più una grande quantità per cercare di calmare i morsi dello stomaco; facevamo poi tutti un esagerato uso di sale, di cui ciascuno sentiva il bisogno insaziabile.

Ad onta di tutto ciò, ad onta della scarsezza e dell'insufficenza degli indumenti e della mancanza di qualsiasi riscaldamento nelle baracche con un clima rigidissimo (anche 15° sotto zero) in più di un mese non ebbi ad osservare tra i 500 ufficiali del reparto, alcun caso di edemi degli arti inferiori.

Eppure molti erano così denutriti ed indeboliti per l'inanizione prolungata, che dovetti farne ricoverare parecchi nell'Ospedale del Campo.

Sembra a me pure perciò che non sia giustificato di assegnare importanza etiologica ad un solo fattore piuttosto che ad un altro, ma bensì alla loro associazione. Per produrre gli edemi non bastano l'abbondante assunzione di liquidi e di cloruri, l'inanizione, il freddo: ha una grande importanza certamente anche il fattore *lavoro*, ed infatti gli ufficiali prigionieri non erano assoggettati a questo come i soldati.

Non ripeterò quanto ha detto egregiamente il dott. Bolaffio sugli altri sintomi della sindrome da fame. La nicturia è fissa nel ricordo di tutti gli ex-prigionieri; quanto alla bradicardia, l'ho potuta constatare più volte su me stesso e su parecchi altri.

Preferisco venir subito a parlare degli edemi, dei quali potei fare esperienza solo più tardi, allorchè fui inviato a prestar servizio nell'Ospedale di Sigmundsherberg. Ricordo specialmente bene in tutti i suoi particolari il primo caso che potei osservare e ciò perchè esso costituì per me un grossolano errore diagnostico.

Avevo assunto da pochi giorni servizio in un reparto di medicina allorchè vi fu ricoverato un soldato proveniente da una compagnia di lavoro addetta al taglio dei boschi nei Carpazi: le condizioni in cui questi lavori si compivano erano veramente pietose. I soldati lavoravano 12 ore al giorno, in mezzo alla neve, con una temperatura di anche 20° sotto zero; al loro ritorno nelle baracche non trovavano che un alimento insufficentissimo e durante la notte dormivano sopra un po' di paglia con una sola coperta per ripararsi dal freddo intenso.

Il mio malato entrò in uno stato di grave anasarca; l'edema era specialmente imponente agli arti inferiori, allo scroto ed alle palpebre. L'aia di ottusità cardiaca era un po' aumentata su tutti i diametri, ed all'ascoltazione si avvertiva distintamente un soffio sistolico ben netto, alla punta. Data l'imponenza degli edemi, non pensai neppure ad esaminare con maggior cura il cuore per assicurarmi se si trattasse proprio di soffio organico; ma feci subito diagnosi di cardiopatia scompensata.

La combinazione volle che in quello stesso giorno la Commissione dei medici Austriaci dovesse passare la visita ai malati da noi proposti per essere rimpatriati come invalidi.

Io pensai bene di aggiungere nella lista dei candidati il nome del mio malato, ed infatti i tre medici austriaci, dopo che l'ebbero esaminato, si trovarono d'accordo nel dichiararlo invalido per cardiopatia in scompenso e ne proposero il rimpatrio immediato.

Or quale non fu la mia sorpresa il giorno appresso, nel constatare durante la visita che gli edemi erano molto diminuiti, e che il reperto ascoltatorio del cuore era ridivenuto assolutamente normale. Naturalmente non tutto il male era venuto per nuocere, perchè anzi due giorni appresso, il mio malato partiva per l'Italia, vispo e giulivo ad onta del suo cartellino che portava la scritta «grave cardiopatia scompensata».

Dopo di questo caso tipico, ebbi occasione di osservarne numerosissimi altri: si trattava sempre di soldati provenienti dalle compagnie di lavoro, mai di quelli tenuti a riposo nei baraccamenti del campo, molti dei quali tuttavia erano ridotti a condizioni spaventose di magrezza. Constatai sempre che una giornata o due di riposo a letto e di dieta ospedalie-

ra nutriente, bastavano a far diminuire o anche scomparire del tutto gli edemi.

Nelle urine dei soldati affetti da questo strano edema transitorio, non rinvenni mai nè albumina nè cilindri.

Non voglio trattenermi a discutere le teorie sulla etiologia e sulla patogenesi di questi edemi; la mia esperienza personale mi permette soltanto di ritenere poco probabile un intervento delle vitamine. Infatti la carenza di vitamina B (idrosolubile) dà luogo come è noto a degli edemi, ma si hanno sempre contemporaneamente turbe nervose a tipo neuritico: ora io non ebbi mai a constatare una simile associazione. I miei malati non presentarono mai neppure le turbe trofiche della cute o la xeroftalmia, caratteristiche della carenza di vitamina A (liposolubile). Quanto alla vitamina C, dirò che durante il mio servizio nello Spedale, furono ricoverati nel mio reparto in tutto undici malati affetti da scorbuto o da peliosi, alcuni dei quali molto gravi; nessuno di essi aveva presentato mai i caratteristici edemi. Si trattava all'incontro per lo più di soldati ben nutriti, addetti stabilmente agli uffici del Campo, e che ricevevano perciò regolarmente i viveri dalle loro famiglie; ricordo benissimo che uno di questi malati mi disse, che egli da quasi due mesi si cibava unicamente di galletta e di viveri ricevuti da casa, mentre egli passava ai compagni più bisognosi la sua razione di pane e di vegetali, che gli spettava come prigioniero.

Nel suo articolo il dott. Bolaffio dice, che nei reperti d'autopsia si trovavano tutti i caratteri della morte per inanizione, ma nulla più.

Non posso in ciò essere d'accordo con lui, o con gli Autori sulle cui osservazioni egli fonda il suo asserto. Nella sala anatomica del campo, furono praticate nell'ultimo anno di guerra, circa settecento autopsie. Le prime trecento furono eseguite dal Collega dott. Giorgio Cevolotto, le altre da lui e da me insieme.

Ora noi non abbiamo mai avuto un solo reperto di morte per pura inanizione.

All'atrofia muscolare, alla scomparsa assoluta di tutto l'adipe sottocutaneo o interstiziale, alla degenerazione torbida del cuore, alla degenerazione granulo-grassa del fegato e dei reni, era sempre associata qualche altra lesione che aveva più delle altre il diritto di essere considerata la effettiva *causa mortis*. Si trattava quasi sempre di una polmonite o di localizzazioni tubercolari.

Non avemmo a notare mai alcuna speciale caratteristica nei reperti di prigionieri morti in stato di edema, in confronto cogli altri.

Mi sembra soltanto interessante di ricordare la straordinaria frequenza con cui alla necroscopia dei nostri prigionieri (avessero presentato o no gli edemi), trovavamo i segni macroscopici evidenti di una lesione abbastanza intensa del parenchina renale. E ciò senza che l'esame delle urine eseguito anche poche ore prima della morte avesse mostrato esistere una corrispondenza clinica col fatto anatomo-patologico.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Dobbiamo modificare le nostre vedute sull'eziologia dell'appendicite?

(L. ASCHOFF. *Berl. Klin. Wochenschrift*, n. 44, 1920).

Allorchè nel 1903 fu discussa per la prima volta in un congresso di anatomia patologica l'appendicite, le norme fino allora vigenti in medicina e chirurgia furono modificate radicalmente e riassunte brevemente come segue: 1° Il primo attacco insorge quasi sempre in un'appendice completamente sana; 2° L'affezione s'inizia quasi sempre bruscamente, col cosiddetto accesso, che per incompleta guarigione dà spesso esito nell'appendicopatia cronica; 3° Il coprolito si forma quasi esclusivamente in un'appendice già primieramente alterata; esso non sta in alcun rapporto col primo accesso appendicolare, ma predispone alle recidive, le quali in presenza di questo coprolite prendono generalmente un decorso più grave. Ogni attacco è dovuto ad un'infezione locale enterogena. 4° L'appendicite acuta è un'affezione che dev'esser curata individualmente, talora con rimedi interni, tal'altra coll'intervento chirurgico.

Queste affermazioni non furono modificate da nessuna delle ricerche posteriori. Oltre a queste questioni d'importanza piuttosto clinica, fu discussa pure l'istologia dettagliata dell'appendice infiammata, in rapporto tanto coll'eziologia che colla topografia del processo flogistico. Secondo Aschoff, esso s'inizia quasi esclusivamente nelle « cripte » ed è dovuto ad un'infezione enterogena con cocchi e bastoncini grampositivi specifici e non ai comuni anaerobi della putrefazione, coltivati dalla maggior parte dei clinici e batteriologhi. L'affermazione di Kretz, che la flogosi acuta è dovuta a processi embolici fu presto confutata, potendosi dimostrare artificiale l'impressione di particelle fecali contenenti bacteri nel tessuto follicolare facilmente ledibile. L'elemento

predisponente più importante per l'attecchimento dell'infezione va ricercato nella forma fisiologicamente sì mutabile dell'appendice e non nell'arrivo di masse fecali o nella primaria formazione di coproliti. Decisivi sono tutti quei momenti meccanici i quali favoriscono un contatto prolungato di masse bacteriche colla mucosa. (Aderenze peritonitiche con consecutivo strozzamento dell'appendice, paralisi sua da compressione, iperemia degli organi del bacino, coprostasi generale, qualità della nutrizione).

Fu molto discussa la probabilità di lesione diretta della mucosa per opera di corpi estranei o parassiti. Mentre i primi, secondo le esperienze degli ultimi anni, sono di poca importanza nell'eziologia dell'appendicite acuta, pericolosi soltanto se la peculiarità della loro struttura riesce a danneggiare direttamente la mucosa, non fu possibile stabilire un rapporto immediato tra localizzazioni primarie flogistiche ed elminti, nesso negato categoricamente da Aschoff. Il frequente reperto di ossiuri nelle cosiddette pseudoappendiciti, a substrato anatomico negativo, fecero creare una nuova entità morbosa, nettamente distinta, l'appendicopatia ossiurica di Aschoff, caratterizzata clinicamente dalla mancanza di notevoli alterazioni della temperatura. Secondo Rheindorf, le ossiuri vanno tenute responsabili tanto dell'attacco appendicolare acuto, come di differenti stati morbosi dell'infanzia specie, questione importantissima dal punto di vista terapeutico per l'indicazione all'intervento chirurgico o ad un semplice vermifugo. Mentre l'Aschoff conferma questo secondo punto, potendo gli ossiuri penetrati nella mucosa determinare differenti alterazioni circoscritte — e il reperto di ossiuri incapsulati nelle pareti intestinali non è affatto raro, — egli considera come artefatti le perdite di sostanza da ossiuri, descritte dal Rheindorf. Questi, a sua volta, afferma che le perdite di sostanza epiteliari e le fissure nella mucosa da lui trovate nelle appendiciti potevano senz'altro esser ascritte alle ossiuri, 1° se nell'appendicite in genere si constatava la presenza di ossiuri in una percentuale abbastanza alta, e 2° se questo reperto basato su ricerche istologiche scrupolosissime poteva venir messo in rapporto genetico colla flogosi appendicolare.

Per ciò che riguarda il primo punto, è dimostrato dalle relative statistiche proprio il contrario. Rheindorf stesso tenta di spiegarlo nella sua monografia coll'ipotesi che gli elminti, probabilmente a causa della febbre alta, abbandonano l'appendice. La precedente loro presenza sarebbe testimoniata dalle summenzionate lesioni, per lui assolutamente caratteristiche. Egli ne distingue tre specie: 1° distruzione locale traumatica dell'epitelio; 2° distruzione locale traumatica della mucosa (formazione di fissure); 3° alterazione diffusa tossica dell'epitelio superficiale, appendicite catarrale superficiale. Ora è impossibile, anche colla tecnica più meticolosa, evitare lesioni epiteliari, specie quando escidendo i pezzi per la biopsia dall'appendice indurita *in toto*, particelle di feci o muco vengono impresse nell'epitelio o anche nella mucosa. Perdite di sostanza simili furono constatate da Aschoff in tutte le appendici sane o alterate, contenenti ossiuri o no. E se anche fossero prodotte dall'impressione di ossiuri nell'epitelio, le lesioni sarebbero pur sempre degli artefatti. È inoltre ardita l'affermazione, che le ossiuri, costantemente presenti prima dell'operazione ne scompaiano in seguito. Ammetterne una data anteriore, non è possibile, non trovandosi in alcuna delle lesioni processi reattivi di essudazione o emigrazione leucocitaria. I canali prodotti da parassiti poi, possiedono, finchè questi vi sono contenuti, delle pareti perfettamente liscie; in ciò sono d'accordo tutti i più eminenti parassitologhi, Askanazy compreso.

L'assenza di emorragia o reazione leucocitaria va attribuita da Rheindorf a dei processi immunizzanti, diretti contro gli elminti. Perchè allora la mucosa non è immune pure contro le particelle fecali ed i bacteri in esse contenuti, e come una mucosa così immunizzata può ancora infiammarsi? Secondo Aschoff questi artefatti sono dovuti in parte al trauma operatorio, improvvisa stasi sanguigna alla legatura del mesenteriolo, a contusioni per mano del chirurgo, in parte a difetti della tecnica istologica (indurimento non uniforme per la differente consistenza di parete e contenuto fecale, inclusione in paraffina) lesioni tutte che non si dovrebbero incontrare in appendici appartenenti a non portatori di ossiuri. Le cosiddette alterazioni tossiche dell'epitelio, pur esse prive di fatti reattivi, vanno ascritte alla compressione esercitata dalla colonna fecale durante l'intervento ed il processo di fissaggio, ed allo sfacelo postmortale delle cellule superficiali per l'azione dei fermenti contenuti nelle feci. Le non rare suppurazioni superficiali descritte in ispecie da Goldzieher, sono ad eccezione delle forme dissenteriche, dei processi flogistici o diventati cronici o in via di guarigione, con tutti i residui caratteristici dell'accesso pregresso negli strati periferici dell'appendice.

Confutato ogni nesso causale tra ossiuri ed alterazioni epiteliari e della mucosa, Aschoff

insiste cionondimeno ancora una volta sull'importanza delle ossiuri nella patologia del tratto intestinale. L'ossiuriasi va dunque combattuta nel modo più energico, essendo essa la causa di molte appendicectomie inutili. Queste pseudo-appendiciti, non ancora ben definite nosologicamente, dovrebbero esser fatte oggetto di diligenti studi per stabilire esattamente i sintomi differenziali colla vera appendicite, il decorso con ispecial riguardo alla curva della temperatura e del polso.

Non dimostrando questi ultimi nessuna tendenza ad aumentare si dovrà pensare, specie nei bambini, ad un'ossiuriasi e desistere da ogni intervento chirurgico.

m. p.

TERAPIA.

La suggestione in terapia.

(BAUDOUIN, *Scientia*, luglio 1921).

La suggestione come mezzo terapeutico, accolta in principio con entusiasmo, è andata in questi ultimi tempi in un certo discredito. Il carattere meraviglioso del fenomeno, subito sfruttato dai ciarlatani, è stata la prima ragione di diffidenza. Ma non è men vero che il metodo ha avuto serie obbiezioni sopra tutto da parte dei partigiani della persuasione e della psicanalisi nonchè da parte della scuola della mitomania.

Dubois e Déjerine preferiscono la persuasione alla suggestione, perchè quest'ultima favorirebbe la dissociazione mentale, darebbe incremento all'automatismo. La persuasione invece rivolgendosi al cosciente, ossia alla intelligenza ed alla volontà, non darebbe tali inconvenienti e rafforzerebbe il carattere.

Per Freud e per tutti i sostenitori della psicanalisi la suggestione non farebbe altro che approfondire ancor più nel subcosciente le idee, che sono la causa della malattia. Secondo la teoria freudiana i sentimenti, i pensieri, le tendenze, che per una qualsiasi ragione, che noi abbiamo bisogno di dimenticare, sono dimenticate in realtà, sono ricacciate nel subcosciente, dove continuano a vivere cercando una via di uscita, donde una lotta che costituisce la malattia. Questa non può guarire se non si elimina la lotta che le idee, i sentimenti, le tendenze ricacciate nell'incosciente fanno per affiorare nuovamente alla coscienza. Questa lotta non si può eliminare se non riesumando i complessi perturbatori. Da ciò la necessità dell'analisi, del sondaggio profondo della psiche malata. Ora per i sostenitori della psicanalisi la suggestione non avrebbe altro risultato che quello di approfondire ancor più nell'incosciente i complessi, essa non farebbe altro che trasformare o rimpiazzare i sintomi.

Per la scuola della mitomania un gran nunumero di individui affetti da nevrosi non sarebbero che simulatori, che si guariscono svelando la loro simulazione. Per questa scuola il preteso valore della suggestione non sarebbe che una ciarlataneria, in quanto che sarebbero gli stessi nevropatici simulatori che fornirebbero ai medici suggestionatori i soggetti del successo e del trucco.

Queste obbiezioni e queste critiche hanno determinato un processo di revisione del concetto di suggestione, come fatto psicologico e come espediente terapeutico.

Gli ultimi studi tenderebbero a dimostrare che la suggestione si riduce sempre ad autosuggestione. Essa non è un fenomeno di transito avente per punto di partenza la volontà dell'operatore e per punto di arrivo il cervello del soggetto. Tutto ciò che vi è di essenziale nel fatto si svolge nel soggetto stesso. Può aversi insomma suggestione senza suggestionatore

Una prova dimostrativa a favore di questa tesi sta nel fatto che con disciplina metodica si può avere una perfetta educazione dell'autosuggestione. Il pratico non è che una guida che insegna al soggetto il modo di autosuggestionarsi. E i risultati terapeutici dell'autosuggestione metodicamente diretta eguagliano e superano anche i risultati della suggestione classica.

L'autosuggestione è per altro un fatto corrente e normale. E se essa è poco conosciuta si è perchè mette in gioco elementi subcoscienti.

La suggestione o autosuggestione è un'idea che si trasforma subcoscientemente in realtà. Nel pensare una cosa si compie un lavorio subcosciente che realizza la cosa pensata.

La vita comune fornisce numerosi esempi di suggestioni spontanee: vi ha una parte costituita da suggestione nella caduta da vertigine, dove l'idea della caduta determina la caduta, nella neurastenia, dove il malato è vittima di una quantità di impotenze suggestive (l'idea di impotenza determina la impotenza), nelle cattive abitudini dove il soggetto pensa di non poter resistere, ed in effetti non lo può nella misura che egli pensa, ma solo in questa misura. Un gran numero di sintomi morbosi, di malattie, sono aggravati, e talvolta determinati del tutto, dall'autosuggestione, ossia dall'idea del male sotto forma di attesa, di ap-

prensione, di certezza che in certe condizioni il male deve venire.

La suggestione ha le sue leggi, di cui le due più importanti sono quelle dello *sforzo convertito* e della *finalità subcosciente.*

La prima si esprime così: *quando un'idea si è impadronita dello spirito in modo da costituire una suggestione tutti gli sforzi coscienti che il soggetto fa per resistere a questa suggestione non riescono che ad attivarla.* Così colui che apprende ad andare in bicicletta si getta sul sassolino il più minuscolo, per poco che faccia degli sforzi per evitarlo temendo di andarvi su. Tutti gli sforzi che fa un ubbriaco per non bere più lo spingono suo malgrado nella vicina osteria. La lotta cosciente contro i sintomi nervosi non fa che aggravarli. Per vincere nei casi del genere occorre cessare dagli sforzi, sostituire la suggestione alla volontà, l'elemento rappresentativo a quello attivo: *io guarirò*, non già *io voglio guarire.*

L'appello alle forze della coscienza chiara, ragione e volontà, è insufficiente anzi contrario allo scopo: è necessario fare appello al subcosciente che i partigiani della «persuasione» vogliono eliminare.

La legge della finalità subcosciente ci apprende che in ogni suggestione *essendo pensato il fine, il subcosciente si incarica di trovare i mezzi per realizzarlo, ed in questa scelta dà prova di una grande ingegnosità.* Questa legge dimostra che il pericolo dell'automatismo, temuto da qualcuno, non esiste. Il subcosciente non è un manovratore rutinario, che compie senza ragione gesti meccanici, ma un operaio intelligente, un muratore che lavora ad eseguire il piano che l'architetto — il cosciente — gli ha proposto.

La stessa legge della finalità risponde alle obbiezioni dei psicanalisti. Se fosse necessario, per far scomparire dei sintomi a mezzo della suggestione, indirizzarsi imperativamente a ciascuno d'essi, si correrebbe in effetti il rischio di creare nuove lotte tra incosciente e cosciente, ossia far rientrare un sintomo per farlo riuscire sotto altra forma. Ma in luogo di questa suggestione negativa e specializzata che ordina a ciascun sintomo di non più essere, si può formulare una suggestione positiva e generale che non entra nel dettaglio e che evoca, chiama la salute più che scacciare la malattia.

Un fatto che va sempre più affermandosi si è che la suggestione agisce anche nei casi organici e non solamente nei casi nervosi e funzionali. La guarigione delle verruche per suggestione è un fatto in sè di scarsa importanza, ma di gran conto per le sue conseguenze in quanto che dimostra la possibilità di questa azione nei casi organici. I nervi vasomotori sotto la influenza del cervello contraggono i capillari, arrestano la circolazione e così le cellule parassite deperiscono, si disseccano, e la verruca cade.

Si può anche sostenere che in tutti i casi, nei quali il malato è cosciente, la suggestione può agire come ausiliare. Il pensiero di un male per sua natura ribelle alla suggestione, pensiero più ossessionante se v'è dolore, determinerà una suggestione ed aggiungerà al male primitivo un male suggerito. Di modo che praticamente ogni caso si compone di un elemento primitivo e di un elemento autosuggerito. Ora, mentre il primo può essere ribelle, il secondo deve cedere al trattamento suggestivo. Un miglioramento deve quindi sempre seguire, e così la suggestione può essere applicata almeno come adiuvante in tutti i casi possibili.

Del resto in ogni tempo si è riconosciuta la importanza di ciò che si chiama il *morale* in tutte le specie di guarigione. L'autosuggestione è l'azione del *morale.*

Ma non bisogna confondere quest'azione con la *volontà,* come si fa troppo spesso quando si parla di *morale.* Non si tratta di *voler guarire,* si tratta invece di apprendere a *pensare a guarire,* il che è molto differente. L'autosuggestione deve essere praticata senza sforzo volontario.

In effetti nello stato di suggestione ogni idea tende a realizzarsi in qualche maniera nell'organismo, se quindi si fa uno sforzo, poichè la coscienza dello sforzo presuppone la coscienza dell'ostacolo e della difficoltà, quest'ultima tende a realizzarsi. Così si faranno le due suggestioni ma opposte, quello del fine e quello dell'ostacolo, che tendono a neutralizzarsi.

È perciò un errore grossolano confondere l'autosuggestione con la volontà.

L'autosuggestione assume dunque un gran valore nella medicina, facendo utilizzare metodicamente il fattore spirituale sul quale non si avevano che nozioni assai vaghe, e nella morale dando all'idea la priorità sullo sforzo, dimostrando come lo spirito umano può divenire veramente creatore di valori a mezzo della sola affermazione.

DRAGOTTI.

MEDICINA SPERIMENTALE.

Sulla scontinuità delle vie spermatiche.

(BOLOGNESI G. *Arch. It. di Chir.*, F. 3, 1921).

Non ostante i numerosi lavori esistenti in letteratura l'A. crede opportuno intraprendere ancora uno studio sperimentale e clinico sull'argomento onde portare il suo contributo su questioni ancora dibattute.

Dal punto di vista sperimentale esegue:

Gruppo I: la epididimo-deferentectomia su cani (1) e conigli (4);

Gruppo II: la didimectomia su conigli (2);

Gruppo III: l'auto-innesto del didimo in cavie (3).

Ha sperimentato su animali giovani e procurando nell'intervento di non ledere vasi e nervi poichè queste lesioni come è dimostrato da parecchie esperienze possono infirmare notevolmente i risultati sperimentali.

Trova che la *epididimo-deferentectomia* non provoca alterazioni apprezzabili nelle condizioni generali dell'animale, nè nell'istinto sessuale.

Nel didimo rimasto si producono dei fenomeni che non sono in diretto rapporto con la durata dell'esperimento ed essi consistono in *atrofia della parte seminale* che può essere lenta o rapida con colliquazione dell'elemento epiteliale e viceversa, iperplasia del tessuto interstiziale e delle cellule interstiziali tanto più accentuata quanto più accentuata è l'atrofia seminale. Cellule interstiziali invadono il lume dei tubuli.

Nella *didimectomia* si verifica aumento del corpo dell'animale come nei castrati.

L'epididimo subisce atrofia nella parte tubulare con presenza di cellule libere e talora giganti nell'interno dei tubuli epididimarii i quali sono generalmente ridotti, di raro ectasici, iperplasia invece del tessuto interstiziale con elementi del tutto simili alle cellule interstiziali del testicolo sopra descritte.

Il trapianto libero autoplastico del didimo, nella cavità peritoneale o nella vaginale dei castrati, dà scomparsa per colliquazione e riassorbimento dei tubuli seminiferi; attiva iperplasia invece del tessuto interstiziale con cellule interstiziali aumentate di numero e volume e talora sotto forma di cellule giganti.

In queste esperienze di ectomia si produce una lesione della vaginale, ed una limitata lesione vasale, però gli studii diretti di tali lesioni a sè danno delle lesioni testicolari a tipo necrotico e ben diverse di quelle osservate dall'autore per cui i suoi risultati sono da riferirsi prevalentemente alle condizioni sperimentalmente volute, ma un po' ancora alle dette lesioni.

Circa l'interpretazione dei suoi reperti istologici si riferisce alla dottrina delle armonie gono-somatiche del Diamar, il quale nalla gonade distingue 4 fasi:

I. *Fase di costituzione*, stato infantile in cui preponderа il tessuto interstiziale mentre il germinale si costituisce;

II. *Fase di attività sessuale* in cui il tessuto interstiziale è assai scarso nel rigoglio della specifica funzione germigena;

III. *Fase regressiva senile* in cui il tessuto interstiziale si atrofizza parallelamente col germinativo;

IV. *Fase di inattività provocata* in cui il tessuto interstiziale aumenta per alterazione di quello germinale nella fase sessuale provocata da alterazioni patologiche od operatorie (innesti, distruzione della via emissaria).

Per questo autore la ghiandola interstiziale è di natura connettivale ed è di grado inferiore alla ghiandola germinale con la quale però è in relazione armonica; e l'ipertrofia e iperplasia di tale tessuto nello stato patologico di quello seminale vanno interpetrati come stati preatrofici. Tuttavia con via di emissione tronca i didimi possono continuare a vivere con effetti utili su tutto l'organismo più per la parte germinale residua che per la interstiziale.

Su queste basi il Bolognesi considera tutti i fatti da lui osservati di natura atrofica e se essi sono più gravi di quelli che si hanno per semplice legatura del deferente si deve all'inevitabile lesione vasale e della vaginale.

Dal punto di vista clinico studia in maniera anatomo-clinica tre gruppi di casi: I. casi di criptorchismo; II. casi di interruzioni violente degli elementi del funicolo; III. casi di occlusione completa o parziale più lenta delle vie escretive (per difetti congeniti, legatura, epididimite sclerosante, tubercolosi, ecc.).

Nel I gruppo si ha atrofia seminale, in cui la riduzione dei tessuti seminiferi non è associata a iperplasia di tessuto interstiziale.

Nel II gruppo si ha atrofia seminale con riduzione dei tessuti seminiferi associata a rilevante iperplasia e ipertrofia del tessuto e ghiandola interstiziale (come negli esperimenti).

Nel III gruppo si ha atrofia con incostante e non uniforme riduzione dei tessuti seminiferi e corrispondentemente incostante e poco intensa ipertrofia e iperplasia di tessuto e ghiandola interstiziale.

I reperti in Clinica d'atrofia seminale per occlusione delle vie spermatiche sono di grado

meno elevato e a decorso meno rapido degli sperimentali.

Di questi reperti solo quello del secondo gruppo corrisponde a quello sperimentale osservato dall'autore e come nell'esperienza esso è da riferirsi non solo alla interruzione della via seminale ma ancora alla lesione di altri elementi del funicolo.

Torna a ricordare, infine, che nelle sue esperienze ha osservato nel didimo immigrazione di cellule interstiziali nell'interno dei tubuli; e analogamente in quelli dell'epididimo di elementi del tutto simili a quelli interstiziali; ciò dimostra che dette cellule sono semoventi e fagociti e sono perfettamente uguali a quelli che si possono trovare nell'induramento bruno del polmone o nei follicoli d'uno stroma (Diamare). Segue il reperto come dato di fatto.

G. s. s.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. LIEBERMEISTER. *Tuberkulose. Ihre verschiedenen Erscheinungsformen und Stadien sowie ihre Bekaempfung.* Berlin, Verlag von J. Springer, 1921, Mk. 96.

Il libro del Liebermeister è il risultato di un lavoro di osservazione di moltissimi anni. La cura principale dell'A. è stata quella di raccoglierví un ricchissimo materiale di fatti, facendo giustizia di tutto ciò che d'ipotetico è stato scritto nel campo della tubercolosi.

Dopo le indispensabili nozioni anatomiche, batteriologiche e tecniche, passa a trattare i rapporti tra tubercolosi e le varie malattie, sia dal punto di vista anatomico che clinico; infine tratta, secondo i concetti moderni, della tubercolosi considerata nel suo stadio primario e secondario.

La terapia è svolta con criteri moderni e razionali.

La monografia del Liebermeister può considerarsi il migliore trattato che sia stato scritto recentemente sulla tubercolosi e merita l'attenzione non solo degli specialisti ma dei medici pratici.

P. A.

ADOLF BACMEISTER: *Lehrbuch der Lungenkrankheiten.* Con 103 figure e tre tavole a colori, 2ª edizione. Edizione G. Thieme, Lipsia 1921. — Prezzo Mk. 100,80.

Il trattato del Bacmeister, il grande specialista della tubercolosi, nello svolgere di qualche anno giunge alla seconda edizione notevolmente arricchita di figure e delle più recenti acquisizioni dottrinali e pratiche, senza che con ciò sia stata notevolmente aumentata la mole del libro, che ha scopo esclusivamente pratico. La parte etiologica e anatomopatologica delle malattie polmonari è bene trattata, ma il massimo svolgimento viene dato alla parte clinica ed alla terapia. Il trattato è messo al corrente degli ultimi progressi nel campo della radiodiagnostica, per quello che essa possa essere di utilità al medico pratico. A tale uopo sono state omesse tutte le cognizioni non ancora sicure; perciò si può affermare che il libro per ancora molti anni potrà fare testo per chi voglia occuparsi di malattie polmonari. Nel trattato vi è profuso il risultato della ricca esperienza dell'autore, specialmente dal punto di vista della terapia della tubercolosi polmonare, che sta in questi ultimi anni subendo una notevole trasformazione.

P. A.

WOLFF EISNER A. *Tuberkulose. Diagnostik und Therapie.* Erste Abteilung. Die spezifische Diagnostik. (C. H. Tanchnitz, Lipsia 1921, Mk. 33).

Il trattato dell'Eisner consta di tre parti. Di esse soltanto la prima viene ora pubblicata mentre le altre due che si riferiscono ai problemi dell'immunità nella tubercolosi, e degli elementi di diagnosi e di terapia sono in corso di stampa.

In questa prima parte è ampiamente svolta l'applicazione delle reazioni alla tubercolina nella diagnosi delle varie forme di tubercolosi e specialmente nella tubercolosi latente. In singoli capitoli alla tecnica della reazione cutanea locale alla tubercolina, della reazione percutanea, della oftalmoreazione, e della reazione alla iniezione sottocutanea di tubercolina, segue un'ampia esposizione di dati statistici e di considerazioni sul valore delle singole reazioni sia nel confronto di esse fra loro, sia in rapporto ai vari elementi clinici forniti dall'esame dei casi trattati.

La pubblicazione delle altre due parti completerà l'opera dell'A. arricchendo la letteratura medica di un utile compendio di quanto oggi si conosce sui metodi impiegati nella diagnosi della tubercolosi e ciò che più importa sul valore di quei mezzi che possono recare qualche contributo nella diagnosi di forme incipienti e latenti di tubercolosi.

TR.

O. AMREIN. *Klinik der Lungentuberkulose für Studierenden und Aerzte.* Berna, edizione Franke, 1917.

Il problema della tubercolosi si è in questi ultimi tempi totalmente rinnovato ed un lavoro sintetico che mettesse al corrente medici e studenti delle moderne questioni rife-

rentesi alla diagnosi e alla terapia corrispondeva ai bisogni di chi non avesse tempo e opportunità di sfogliare i numerosi giornali e monografie che recentemente si occupano di tubercolosi.

L'A., secondo noi, è riuscito pienamente nel suo intento e da buon pratico della questione, come direttore del sanatorio di Altein-Arosa, ha profuso in una monografia di piccola mole i dati della sua ricca esperienza non disgiunti da una esatta valutazione obbiettiva.

Il lavoro dell'Amrein è svolto in maniera chiara e concisa e in esso, oltre ai criteri di diagnosi precoce, dell'attività o no del processo è presa nella dovuta considerazione sopratutto la cura; e in questa è trattata con serena critica la terapia pneumotoracica e la cura sanatoriale. Come appendice esiste un piccolo riassunto fatto dal dott. Heinz sulla tecnica di laboratorio nel campo della diagnostica della tubercolosi.

Le incisioni e le radiografie che corredano la monografia sono tecnicamente bene eseguite e molto dimostrative. P. A

R. MERCURIO. *La tubercolosi nell'infanzia.* Un vol. di 200 pag., edizione «La Pediatria». Napoli, 1921.

È un pregevole lavoro frutto di accurata e paziente sintesi e di profonda esperienza clinica nel quale sono trattati con vera competenza i varî punti del problema della tubercolosi nella infanzia, da quello della eredità a quello della predisposizione e della diffusione della malattia.

L'A., valendosi di una vasta esperienza acquisita in ispecie nell'ambulatorio antitubercolare annesso alla Clinica Pediatrica di Napoli, vaglia con acume le indicazioni ed i risultati della cura tubercolinica dichiarandosi convinto fautore di essa, mostrando nello stesso tempo come la sua importanza è da ritenere sopratutto di natura profilattica della malattia tubercolare, in quanto è proprio nei casi di tubercolosi asintomatica e latente che essa svolge i suoi più benefici effetti.

In un periodo in cui sempre va più facendosi strada il concetto che una utile lotta antitubercolare non può realizzarsi se non si combatte la tubercolosi dell'infanzia, la lettura di questo libro del Mercurio rappresenta un valido aiuto alla conoscenza del vasto e complesso problema. GENOESE.

WALKER OVEREND. *The radiography of the chest.* Vol. I. *Pulmonary tuberculosis.* London, William Heinemann, 1920.

In questi ultimi anni le ricerche radiologiche nel campo della tubercolosi polmonare si sono moltiplicate e la perfezione degli apparecchi ha fatto sì che la diagnosi specialmente delle forme iniziali abbia notevolmente progredito. La documentazione radiografica però dei trattati ha lasciato finora molto a desiderare specialmente per la difficoltà di una buona riproduzione litografica. Essa è stata superata in questa splendida monografia, dove sono riprodotti circa cento radiogrammi con una finezza di dettaglio da non fare invidiare l'originale. Nè il lavoro merita plauso solo per il suo valore artistico e tecnico, ma anche per la parte dottrinale e per il fatto che alla documentazione radiologica si accompagna una esatta descrizione del reperto fisico e in alcuni casi dei dati dell'autopsia.

Tali pregi rendono indispensabile il lavoro non solo ai cultori della radiologia ma anche ai medici pratici che vogliono occuparsi in modo particolare della diagnosi della tubercolosi polmonare. P. A.

G. B. GRUBER. *Altes und neues ueber die Tuberkulose.* Berlin, Verlag, A. Hirschwald, 1920, Mk. 6.

In questa conferenza tenuta alla Società medica di Mainz l'illustre anatomico svolge con chiarezza i dati più recenti che lo studio anatomico ha portato nel campo della tubercolosi. Vi sono anche trattate le questioni che si riferiscono alla porta d'ingresso della tubercolosi e alle vie di diffusione, all'immunità e alla latenza del processo: vi è anche svolta la concezione moderna della tubercolosi nel senso del Ranke. Infine l'A. propone una classificazione anatomica della tubercolosi polmonare. P. A.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Accademia Gioenia di Scienze naturali in Catania.

Seduta del 7 maggio 1921.

Prof. A. CAPPARELLI. — *L'attività del cuore di rana staccato dall'animale nell'olio di ulive.* — L'olio di ulive è un liquido più adatto a conservare la funzionalità cardiaca dei cosidetti sieri fisiologici: si deve pertanto dubitare del valore fisiologico dei sali e di certi ioni.

Prof. A. CAPPARELLI e dott. G. RUSSO. — *Beri-Beri ed ammoniaca.* — Il colombo, tenuto a dieta avitaminica esclusiva, non presenta sintomi neuritici ove gli vengano praticate iniezioni giornaliere di ammoniaca.

Dott. G. RUSSO. — *Contributi chimici allo studio delle ghiandole genitali*: Nota 1ª: *Influenza dello stato funzionale sul contenuto in azoto totale.* — In alcuni animali il tasso di azoto dei testicoli in piena attività è assai superiore di quello dei

testicoli allo stato di riposo. La differenza è assai meno spiccata nell'ovaia.

Dott. G. RUSSO. — *Alcuni fatti nuovi sulle azioni enzimatiche coniugate.* — L'attività fermentativa di un unico enzima su due substrati differenti posti a contatto è massima quando il substrato più attaccabile è aggiunto in tenui proporzioni e non contiene atomi di carbonio asimmetrici.

Dott. G. RUSSO. — *Sugli enzimi peptidolitici degli invertebrati.* — Le ricerche precedentemente iniziate sono estese a quasi tutti i gruppi di invertebrati.

Dott. G. RUSSO. — *Le variazioni dell'azoto nello sviluppo dell'uovo del bombice del gelso.* — Durante lo sviluppo dell'uovo si ha aumento dell'azoto totale, dovuto al maggior consumo delle sostanze non azotate, diminuzione dell'azoto delle sostanze estrattive, e scomparsa degli amino-acidi liberi.

S. GRECO. — *Il petrolio liquido atto a mantenere l'attività cardiaca.* — Il petrolio è atto a mantenere l'attività del cuore staccato di rana meglio dei sieri fisiologici artificiali.

Prof. M. CONDORELLI. — *Heterakis inflexa rud. nell'albume di uovo di gallinaccio.* — L'O. spiega così il meccanismo dell'inclusione: l'heterakis inflexa, abituale parassita dell'organismo del pollo, disceso nella cloaca è passato nella vagina e risalito nell'ovidotto sino a raggiungere la porzione media del mesametro ove, incontrato un vitello, insieme con esso è rimasto coinvolto negli strati di albume rivestendosi più giù di testacea e di guscio calcareo nella discesa lungo i successivi tratti dell'ovidotto.

Prof. M. CONDORELLI. — *A proposito di un uovo centenino.*

Prof. M. CONDORELLI. — *Polielmintiasi da tenia solium associata a tenia saginata Goeze.*

Prof. G. CUTORE. — *La ghiandola interstiziale dell'ampolla del condotto deferente degli equidi* (con dimostrazione di preparati). — Nella mucosa dell'ampolla deferenziale degli equidi (cavallo, asino, mulo), si trova una ghiandola interstiziale costituita da un gran numero di cellule aventi la disposizione ed i caratteri citologici di quelle delle ghiandole interstiziali del testicolo, ovaie, pancreas, ecc. La maggior frequenza e sviluppo nel mulo, animale sterile ma di forte attività sessuale, prospetta nuovi problemi di endocrinologia.

Prof. S. CITELLI. — *Efficacia della vaccinoterapia nelle suppurazioni timpaniche acute intense con minaccia di mastoidite e di infezione labirintica.* — Avendo conseguito ottimi risultati terapici in parecchi casi in cui l'intensa infezione timpanica piogena, ad onta delle comuni cure cliniche, minacciava con insistenza una mastoidite purulenta, ed anche in casi in cui, con o senza mastoidite, esistevano evidenti sintomi labirintici, raccomanda di usare nella pratica la vaccinoterapia, come adiuvante le cure locali.

Dott. P. CALICETI. — *Sulla cura degli sporotricomi (con due rari casi di sporotricomi del padiglione auricolare).* — Illustrando due casi rari per loro localizzazione al padiglione, richiama l'attenzione sul fatto che in uno dei due casi la guarigione si è facilmente ottenuta mediante iniezioni locali di soluzione di Lugol alla base della lesione ulcero-gommosa.

Dott. P. CALICETI. — *L'autovaccinoterapia massiva nelle incipienti mastoiditi acute.* — Scomparsa dei sintomi di incipiente mastoidite e rapida diminuzione della suppurazione auricolare mediante l'autovaccinoterapia massiva.

Dott. P. CALICETI. — *L'autovaccinoterapia negli operati di mastoidotomia.* — L'autovaccinoterapia ha determinato un rapido miglioramento nell'aspetto della ferita ed accelerato il processo di guarigione.

Prof. G. IZAR. — *Sui cosidetti batteriofagi.* — Nei filtrati di culture di bacillus Coli dell'Herelle che hanno subito lisi completa ad opera del batteriofago specifico, si sviluppa, in opportune condizioni ambiente, un germe dotato di proprietà litiche trasmissibili in serie che nei successivi passaggi non si differenzia per le proprietà biologiche e culturali dal coli d'Herelle a proprietà litiche trasmissibili quale è possibile isolare dalle culture di bacillus coli d'Herelle che hanno subito una lisi quasi totale per opera del batteriofago.

Dott. P. FERRO. — *Sulla cultura dei parassiti malarici in vitro.* — Illustrate le sue ricerche ed i mezzi culturali usati, giunge alla conclusione che «allo stato degli atti non è possibile coltivare in vitro il parassita malarico», ma solo in determinate condizioni si può osservare un transitorio sviluppo atipico.

Dott. G. CARUSO. — *Studi sulla glicemia*: Nota 2: *Dosaggio colorimetrico dei carboidrati nel sangue.* — Utilizzando la proprietà degli idrati di carbonio di fornire formaldeide per ossidazione con permanganato in mezzo acido ed applicando alla ricerca della formaldeide il metodo Leach-Salkowski, illustra un metodo colorimetrico per determinare contemporaneamente nel siero il contenuto in idrati di carbonio in numerose prove seriali.

F. SERIO. — *Sull'errore di principio del metodo ascoltatorio di Koroktow-Ehret nella determinazione della pressione arteriosa.* — Con opportune modalità tecniche dimostra che il metodo ascoltatorio di Koroktow-Ehret, contrariamente all'opinione comune, non determina la pressione al livello del punto di compressione, ma a valle di esso, e che per questo metodo valgono pertanto le osservazioni mosse dal Pachon al metodo di Riva-Rocci.

S. RAPISARDI. — *Sulla reazione del piramidone per la ricerca dei pigmenti ematici e sul metodo del Pittarelli per la ricerca dell'acido lattico.* — La reazione del piramidone, essendo più sensibile di quella del guaiaco e non necessitando di tutte le precauzioni con cui va allestita la prova della benzidina, soddisfa alle esigenze della clinica.

La reazione del Pittarelli, pur offrendo un metodo facile per dimostrare con chiarezza quantità anche piccole di acido lattico, non si può ritenere specifica per quest'acido se non quando venga stabilita sull'estratto etereo del liquido in esame.

G. SCORZA.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

Sul riflesso plantare patologico.

Contrazione lenta, forzata, e sostenuta, di tutte le falangi è la caratteristica del riflesso plantare patologico, indice di lesione piramidale. L'alluce è generalmente in flessione dorsale, le altre dita sono in flessione dorsale o plantare, in abduzione, o a ventaglio. Barraquer (*Revue neurol.*, maggio 1921) descrive un caso di riflesso plantare patologico con alluce in flessione plantare forzata, in un ragazzo di 12 anni, affetto da emiplepia cerebrale post-infettiva. Ricorda che anche il riflesso normale può aversi con le dita in flessione dorsale, compreso l'alluce, ma la contrazione è momentanea, poco sostenuta e meno esagerata che nel riflesso patologico.

P. Marie e Gavaut hanno pubblicato casi di emiplegia nei quali lo stimolo plantare del piede paralizzato produce estensione delle dita di detto piede e lieve flessione delle dita del piede opposto, mentre lo stimolo plantare del piede sano provocava flessione plantare bilateralmente. DORIA.

Movimenti paradossi del diaframma.

Negli individui giovani si osserva talvolta (Unverricht, *Berlin. Klin. Wochenschr.*, n. 28, 1921) un innalzamento del diaframma durante la profonda inspirazione, un cosiddetto «movimento paradosso»; esso dipende dallo spostamento passivo del diaframma in seguito alla respirazione costale. In casi patologici si riscontrano i movimenti paradossi del diaframma negli esiti di pleuriti (quando delle masse connettivali si frappongono tra il diaframma e la parete toracica), nel seropneumotorace (in seguito alla contrazione del diaframma spinto in basso dal peso dell'essudato), nel pneumotorace secco e nei frenicotomizzati (in seguito alla diminuzione del tono muscolare).

All'A. riuscì di provocare negli animali operati di pneumotorace dei movimenti paradossi del diaframma per mezzo di inalazioni di ammoniaca e così pure col paralizzare le terminazioni nervose propriocettive del diaframma colla cocaina. POLLITZER.

CASISTICA.

Sulla malaria congenita.

I vecchi osservatori, rileva P. Pennato (*Bollettino delle Cliniche*, n. 7), costatando la prole delle malariche cachettiche, non dubitarono della realtà dell'infezione congenita, ma le ricerche microscopiche sollevarono ben presto dei dubbi, che di poi divennero fortissimi. Trovando negativo il reperto dei plasmodi sulla parte fetale della placenta e nella vena ombelicale si giunse persino ad asserire come provata l'immunità del feto.

Ma queste eccezioni furono prontamente scosse e condannate nel trattato dell'Ascoli, che conclude doversi affermare innegabile la malaria congenita, pur non essendo facilmente dimostrabile; potendosi avere da madri malariche feto sano, o con parassiti in circolo o latenti o morto per intossicazione. Fu infatti di poi da molti sostenuta la latenza malarica nei bambini. Alle funzioni della placenta, sia per il suo potere intercettivo, che può con azione meccanica difendere il feto, sia per l'attività biologica dei suoi elementi destinata a modificare gli agenti tossici provenienti dal circolo materno, dovrebbe riferirsi la cagione principale dell'immunità, e alla mancata funzione di essa l'infezione congenita malarica. Ad attestare l'immunità fetale per la mirabile influenza protettiva placentare, sta anche il caso pubblicato nel 1897 dall'A. (e quello più sicuro di Dumolard del 1909), in cui in una donna gravida morta per malaria, alla necroscopia si notò un singolare contrasto tra la profonda melanosi dei visceri e l'abbondanza di parassiti negli organi ematopoietici materni e la mancanza assoluta di qualsiasi elemento malarico nel feto.

È da notarsi pertanto che con l'avanzarsi della gravidanza cesserebbe un tale potere di immunizzazione.

In questo riguardo l'A. cita un caso di sua recente osservazione. Feto, morto poco dopo il parto provocato (in donna al 9° mese di gravidanza in condizioni di estrema cachessia malarica, con nefrite) di colorito marcatamente roseo, di peso kg. 2.700, di cm. 49 di lunghezza. All'aspetto somatico potevasi ben ritenere, che fosse rimasto immune da malaria, ma il reperto istologico dimostrò un evidente processo di epatite interstiziale con melanosi e stasi sanguigna e biliare; milza congesta con blocchi melanotici e granuli di pigmento.

Riassumendo, la questione dell'infezione malarica congenita si può dire trasformata. Poichè vi sono casi ben dimostrati di infezione di origine intrauterina e casi in cui il feto rimase immune, bisogna piuttosto che infirmare l'una o l'altra soluzione, ricercare le cause che rendono possibili queste vicende. Lo studio delle funzioni placentari, pare possa darci sufficienti spiegazioni.

F. AMANTEA.

Otite media e mastoidite nei bambini.

Se ne occupa S. L. Kopetzky (*American Medicine*, gennaio 1921).

Per quanto riguarda la mastoidite, l'A. richiama l'attenzione su quel tipo che si presenta senza dolore nè soggettivo nè obbiettivo; nei bambini decorre di solito con temperatura elevata, fatto che però in qualche caso non esiste. La lesione può essere riconosciuta da ciò che la secrezione che fuoriesce dall'orecchio è abbondante e cola, durante la notte, sulla guancia e sul cuscino, in quantità quindi sproporzionata a quella che può uscire da una cavità piccola, quale è quella timpanica. Quando l'affezione, che richiede un pronto intervento chirurgico, è trascurata, si rivela poi ad un tratto tumultuosamente con infezione dei vasi sanguigni (trombosi dei seni) e delle meningi.

L'A. fa rilevare che, mentre in un gruppo di casi la semplice otite purulenta dei bambini, senza compartecipazione della mastoide, guarisce anche senza conseguenze mediante l'incisione del timpano, ve ne sono altri in cui tale atto operativo non previene affatto la mastoidite. Il fatto che un bambino presenti un lieve innalzamento di temperatura, accusi dolore all'orecchio, ed alla visita si veda il timpano arrossato, ma non convesso, non deve spingere a fare una paracentesi, la quale non darebbe esito che a poco siero ed aprirebbe invece la porta ad infezioni che porterebbero una otite purulenta secondaria. L'arrossamento della membrana del timpano si osserva poi frequentemente nei bambini febbricitanti e sarebbe un errore grave decidersi troppo presto per una paracentesi, che ha la sua indicazione solo per evacuare del pus e non ha alcun effetto sulla semplice otalgia e sull'otite catarrale.

Vi sono stati casi nell'ultima epidemia di influenza, in cui la paracentesi è stata eseguita persino quattro volte, in pochi giorni, sempre con lo stesso effetto di dare esito a poco siero: ora, se trattasi di otite purulenta, basta una sola perforazione del timpano ben fatta; il ripeterla può condurre alla formazione di tessuto cicatriziale e di retrazioni, con conseguenze dannose per il paziente. *r. s.*

TERAPIA.

Sulla terapia rivulsiva.

H. Quinke (*Münch. med. Wochenschr.*, n. 30, 1921) la esperimentò in due categorie di affezioni: affezioni localizzate degli involucri midollari e affezioni delle meningi cerebrali.

1. *Affezione delle meningi spinali.* — I casi trattati erano raramente dei casi primari, di solito erano secondari ad affezioni delle vertebre (spondilite). Dopo 4-6 settimane di riposo a letto, l'A. intraprendeva la terapia rivulsiva, passando sul dorso del malato in narcosi, ai 2 lati della colonna vertebrale un ferro arroventato rosso del diametro di 2-3 cm., e producendo con esso una striscia necrotica lunga 8-14 cm.

La seguente infiammazione reattiva veniva curata cercando di mantenere per lungo tempo (due mesi), la suppurazione; ciò si otteneva per mezzo di medicazioni con *unguentum basilicum* o unguento Mczerei. Su tutti i casi così trattati, anche nelle affezioni tubercolari, l'A. potè osservare, spesso già nei giorni immediatamente successivi alla cauterizzazione; notevoli miglioramenti, scomparsa di dolori locali e irradiati, diminuzione di spasmi, miglioramenti di motilità e di sensibilità.

Ammalati con paraplegia completa furono in grado di camminare. Però l'A. raccomanda l'uso del ferro rovente soltanto nei casi gravi e ostinati, ribelli alle cure d'altro genere.

2. *Affezioni delle meningi cerebrali.* — Furono curati dei malati che soffrivano di cefalea ostinata, da mesi o da anni probabilmente dovuta a processi infiammatorii delle meningi, spesso insorta in seguito a trauma.

L'A. otteneva la rivulsione per mezzo di 1-2 frizioni giornaliere di unguento di tartaro stibiato (1 · 4) su una zona rasata del capo, del diametro di 3-4 cm. La frizione durava 10 minuti; si usava una quantità di unguento grande quanto un pisello. Le frizioni si sospendono alla comparsa dei sintomi infiammatorii; la suppurazione va mantenuta (*ung. basilicum*) per 3-6 settimane.

I risultati furono spesso ottimi.

POLLITZER.

Trattamento locale del prurito.

Bagni con amido (1-2 kg.), con gelatina (300 gr.), con olio di fegato di merluzzo (1/2-1 litro emulsionato con rosso d'uovo). Lozioni con aceto da teletta, o con decozione di teste di papavero (indicato nel prurito anale o vulvare). Polvere di talco (gr. 97) con canfora, guaiacol, mentol (ana gr. 1). Fra le pomate occlusive, Gougerot (*Journ. de méd. de Paris*, 1921, p. 436), consiglia l'ossido di zinco con olio di mandorla (ana gr. 30) a cui si uniscono canfora, guaiacol, mentol (ana gr. 1); utile è anche quella al glicerolato d'amido (gr. 90) con acido tartarico, fenico, salicilico (ana gr. 1). Thibierge prescrive la colla seguente: acqua bollita, glicerina ana gr. 300; gelatina gr. 150, grenetina, ossido di zinco ana gr. 100, gomma arabica gr. 5, fenosabil (per impedire la formazione di muffe) gr. 2. Si fonde la colla a

bagnomaria e si applica sulla cute mediante un pennello. Ripugnante ma spesso assai efficace è l'applicazione dell'olio di fegato di merluzzo, in forma di impiastro, di pomata od anche puro. *fil.*

Sul trattamento della scabbia.

Le cure abituali della scabbia presentano inconvenienti ben noti. Tra l'altro, insudiciano molto la biancheria, che poi riesce difficile ripulire sovratutto perchè la vasellina, che fa da menstruo, non è saponificabile. La necessità di ripetere le frizioni e unzioni per tre giorni, riesce molto fastidiosa a quasi tutti i pazienti. L'irritazione determinata sulla cute dallo spazzolamento e dai carbonati alcalini (i quali facilitano la penetrazione del rimedio acaricida) è spesso causa di eczemi che richiedono un trattamento ulteriore. E così via.

I rimedi proposti in gran numero per facilitare il trattamento, sono poco sicuri.

Questa critica non si applicherebbe al metodo preconizzato da H. Slobvziano (*Gazette d. Hôpitaux*, 3 feb. 1920). Esso consiste nell'impiego di naftolo sciolto in alcool a 90°, nella proporzione di 7-10 %. Bastano 400 grammi di soluzione; si può dunque prescrivere:

Naftolo . . . . gr. 28-40
Alcool a 90° . . . . » 400

La proporzione più debole vale per le pelli più delicate. Nei malati che presentano profonde lesioni da grattamento, conviene ridurre il titolo al 5 % (20 grammi di naftolo). Per gl'individui nervosi può aggiungersi l'1 % di mentolo.

La pelle dev'essere secca, per facilitare la penetrazione dell'alcool. Il modo d'applicazione consiste sull'imbevere la pelle, eseguendo due lozioni successive, l'una immediatamente dopo l'altra; il trattamento va ripetuto per due o tre giorni. L. V.

IGIENE.

La profilassi antivenerea.

A. Gaulucheau, in una comunicazione alla Società di medicina di Parigi, ha messo in rilievo i grandi vantaggi che si possono ottenere con l'uso sistematico della pomata al calomelano, a cui egli ha aggiunto il timolo, modificandola come segue: timolo gr. 1,75; lanolina gr. 50; calomelano gr. 25; vaselina gr. 23,25. Si scioglie il timolo nella vaselina intiepidita, e si ha cura di fare una miscela molto omogenea, ripartendo bene il calomelano. Dopo il coito la pomata si spande bene specialmente sulla mucosa e si introduce anche nell'uretra. In confronto con la solita pomata al calomelano, questa presenta il vantaggio di proteggere anche contro l'ulcera molle e la blenorragia. Le esperienze *in vitro* ne hanno dimostrato l'efficacia e così pure quelle fatte con soldati, che opportunamente istruiti, hanno spontaneamente dichiarato di volersene servire ed hanno avuto rapporti diversi, quasi sempre con prostitute clandestine, che sono, notoriamente, le più infette. Le osservazioni durate più di un anno dimostrarono che dei 624 uomini che avevano usato la pomata, nessuno si era infettato. Questi risultati, che differiscono da quelli di altri che invece hanno anche registrati diversi insuccessi, sono dovuti alla perseveranza con cui i medici hanno agito con i soldati giungendo a persuaderli di fare uso della pomata, dopo ogni coito. A risultati pure assai favorevoli erano giunti i medici della marina italiana, facendo usare la pomata ai marinai che tornavano a bordo dopo l'uscita serale. Dell'applicazione esatta del profilattico bisogna esser sicuri prima di pubblicare i risultati di qualsiasi esperienza del genere, la quale, in caso contrario, è indubbiamente fallace. Beninteso l'antisepsi individuale non è una panacea destinata a sostituire gli altri mezzi di lotta antivenerea, dei quali vuole essere soltanto un complemento; bisogna anzi tener conto della possibilità di qualche inevitabile insuccesso, nonchè di un fattore nocivo, dato dalla relativa sicurezza, che potrà spingere gli uomini a moltiplicare i contatti e quindi le probabilità di contagio. Noi dobbiamo però considerare la profilassi individuale come una buona arma contro le infezioni sessuali: non si comprende del resto perchè noi che sappiamo pure difenderci contro la peste, il colera, ecc., non possiamo farlo contro queste infezioni, a germi piuttosto labili, a punto d'ingresso e momento di contagio ben noti. Queste nozioni vanno quindi largamente diffuse fra il popolo, incominciando dai soldati: già una buona pulizia dopo il coito è efficace, ma però insufficiente; l'applicazione della pomata, dopo perfetto asciugamento e dopo la minzione, completeranno l'antisepsi.

Nella discussione seguitane, Cavaillon, Faivre, Eyrolles, Calmette, Granjux, Merlin hanno riconosciuto alla unanimità la grande praticità delle osservazioni di Gaulucheau. P. Boudin ha consigliato di estendere tale forma di profilassi anche alle prostitute. Infine, la Società, considerando che tutti i mezzi di lotta contro le malattie veneree vanno messi in opera, e pure ritenendo che il migliore preservativo è l'astensione, basata sopra una elevata educazione morale, esprime il voto che si debbano diffondere le nozioni circa l'antisepsi individuale favorendo inoltre le misure di profilassi sanitaria e morale. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

I virus filtrabili neurotropi.

(P. HARVIER. *Paris médical*, n. 25).

Esistono tra il virus della rabbia, della poliomielite e dell'encefalite epidemica delle analogie e delle differenze che si possono così riassumere:

Questi virus invisibili, filtrabili, aventi una speciale affinità per il sistema nervoso, esistono in esso allo stato puro. Le tre malattie possono essere riprodotte sperimentalmente per inoculazione di emulsione dei centri nervosi e per i filtrati di essa, non solo per via intracerebrale, ma anche per via oculare, nervosa, periferica e nasale.

Essi si comportano in modo analogo innanzi agli agenti fisici e chimici: resistenza alla luce e al disseccamento; muoiono a 55°, si conservano in glicerina, son distrutti dalla bile.

Le culture col mezzo di Noguchi mostrano delle forme microbiche molto simili; l'iniezione di esse produce la malattia sperimentale e si constatano i parassiti nei centri nervosi degli animali morti.

Più intime sono le relazioni tra encefalite e poliomielite, rispetto alla rabbia. Esse si trasmettono per la via del naso-faringe, nelle cui mucose sono state messe in evidenza i relativi virus. Anche la propagazione della malattia pare avvenire, per entrambe, per gli ammalati, i convalescenti e i soggetti sani (portatori di virus). Tuttavia tra esse esistono delle differenze fondamentali: ineguale recettività, diverse proprietà del siero degli animali vaccinati e diverse particolarità d'immunità.

Il siero degli animali vaccinati contro la rabbia neutralizza in vitro e in vivo il virus rabico. Lo stesso avviene per la poliomielite; ma non così per l'encefalite.

Non esiste poi una immunità reciproca fra le tre malattie. Gli animali che sono immuni da poliomielite, per immunità naturale, sono sensibili alla rabbia. Il virus encefalitico non vaccina contro la poliomielite, nello stesso modo che il poliomielitico non vaccina contro l'encefalitico.

FAUSTO AMANTEA.

Confronti!

Sotto questo titolo avevamo riportato dalla *Liguria Medica* un trafiletto, citandone la fonte, com'è nostra consuetudine. Veniamo ora avvertiti dal direttore di *Lotte Sanitarie* che a questo periodico spetta la paternità dei *Confronti;* l'altro confratello si era limitato a riprodurli.

Diamo a Cesare quel che è di Cesare.

VARIA

L'Ospedale italiano di Londra.

Venne fondato dal defunto comm. Ortelli nel 1884 per ammalati di qualsiasi nazionalità e religione. Sta sotto l'alto Patronato dei Reali d'Italia, della Regina Madre, dei Reali d'Inghilterra, del Duca e della Duchessa d'Aosta e del Governo d'Italia. Ne è Presidente l'Ambasciatore d'Italia a Londra. Il Corpo Sanitario consta di 3 Consulenti onorari (1 medico e 2 chirurghi), di due assistenti medici ed un assistente chirurgo, due chirurghi, un oculista, un laringologo, un odontojatra, un ginecologo, un radiologo, due anestesizzatori. Non vi sono però che due medici italiani: il dott. Melandri (laureato a Bologna) ed il prof. Tallarico (laureato a Roma).

L'Ospedale Italiano di Londra provvede all'assistenza e cura di infermi italiani o di lingua italiana, di qualsiasi religione e partito, ed altresì di infermi di qualsiasi altra nazionalità; vi funziona un Ambulatorio-Dispensario. Gli infermi accolti annualmente ascendono a 4000-4500.

Durante la guerra l'Ospedale Italiano di Londra fu trasformato in Ospedale militare, accogliendo soldati Inglesi, Canadesi, Australiani, Neozelandesi e dell'Africa del Sud.

(*Rif. Med.*).

L'accaparramento inglese del radium.

La questione della produzione del *radium* è una di quelle che interessano sempre il mondo scientifico inglese, il quale cerca di accaparrare all'Inghilterra quanto più materia prima è possibile per la estrazione del prezioso elemento. È noto come un Sindacato inglese si sia assicurato diritti particolari nei riguardi di alcune miniere boeme che producono il *pitchblende* da cui derivasi il radium e come l'Università di Oxford sia ora in possesso di due grammi di radium del valore approssimativo di settanta mila sterline. Ora si annuncia che si sta costituendo un'altra Società per l'esercizio di alcune miniere di *pitchblende* che si trovano in Cornovaglia, all'estremo sud-ovest dell'Inghilterra. Pozzi di esplorazione sono già stati scavati in queste miniere fin dal 1914, e sono state estratte trecento tonnellate di *pitchblende*: ma la guerra ha reso impossibile la continuazione di questi lavori che soltanto ora vengono ripresi. La Compagnia in questione spera di ottenere in pochi anni una produzione maggiore di quella che attualmente è data dalle miniere boeme, tanto più che il radium estratto in Cornovaglia può essere purificato dagli elementi estranei che contiene, con maggiore facilità di ogni altro prodotto nel mondo e specialmente del radium americano.

L'importanza del radium nella terapeutica moderna può essere valutata dal semplice fatto che l'Istituto Londinese affitta agli ospedali quantità infinitesimali del prezioso elemento, in ragione di sei sterline e sei scellini per ogni ventiquattro ore e per ogni fialetta data in consegna.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sugli esami per medici di bordo.

Vige attualmente un decreto secondo cui ogni anno si dovrebbe tenere una sessione di esami per gli aspiranti a medici di bordo.

In tal modo si prepara uno scontento e un disagio non solo dei medici di bordo esistenti, ma di quelli che verranno, illusi che il diploma da essi acquistato con tanto studio e tante spese, possa servire a qualche cosa. Il diploma di abilitazione a medici di bordo non è come un titolo di laurea, un diploma di perfezionamento, una libera docenza, che possa essere utile nei concorsi per medici condotti, ospedali, carriera scientifica, ecc.; il diploma di medico di bordo a null'altro può servire che a fare il medico delle navi mercantili italiane, o che trasportano emigranti italiani.

I posti, specialmente adesso, sono pochi, tanto che sono stati licenziati dai bastimenti dei medici fissi a causa di disarmo; come faranno quindi a trovare posto tutte queste ondate di medici, che la Direzione Generale di Sanità getta ogni anno nel molto angusto mercato della marina mercantile? Perchè creare degli illusi e degli spostati, proprio tutti gli anni?

Per qual motivo le autorità producono a sè stessi tutte quelle noie e seccature, che una grande massa di disoccupati deve necessariamente produrre? Perchè far fare degli esami seri e sostenere tante spese, quando si sa con certezza che tutta questa gente non troverà modo di occuparsi?

Ciò facendo si viene a distruggere del tutto l'Associazione dei medici di bordo, che è riuscita con tanta perseveranza ad elevare la posizione morale del medico di bordo, a rinsaldare la disciplina, con grande vantaggio dello stesso Governo; perchè l'Associazione assicura il medico a tutte le Compagnie che ne fanno richiesta, con ordine perfetto, stabilendo i turni di imbarco.

Ma chi potrà fare più il medico di bordo, quando i turni saranno così diluiti da non avere assicurati almeno tre imbarchi all'anno? Ammenochè le Autorità non credano che noi facciamo il medico di marina per sport.

Se si continua con questo sistema di esami, il medico ritornerà nell'avvilimento di prima; il danno per il servizio sanitario sarà enorme, perchè chi fa il viaggetto di piacere, e non fa la professione di medico di marina, può anche infischiarsene di tutti i regolamenti, perchè dopo tutto egli ha un altro mestiere. Basta evitare il Codice.

Da informazioni mi risulta che l'illustre commendator Lutrario, Direttore generale di Sanità, abbia preso a cuore la questione, e abbia nominato una Commissione, che studierà la questione e modificherà le imperfezioni del passato. Noi medici di marina, che abbiamo diritto di vivere anche noi, siamo fiduciosi nell'opera del comm. Lutrario, tanto più che la classe dei medici di bordo è creata dalla stessa Direzione Generale di Sanità, sotto il suo controllo e la sua disciplina, e in questa non deve vedere un potere destinato soltanto a punire, ma un'organizzazione centrale di sana disciplina e di giusta protezione.

13 ottobre 1921.

Dott. GIUSEPPE GENUARDI.

Cronaca del movimento professionale.

Convegno degli Ordini Medici.

Il VI Congresso Federale avrà luogo a Roma nella seconda quindicina di novembre. Non ce ne sono state ancora comunicati la data definitiva nè il programma.

Convegno dei Sindacati Medici d'Italia.

In occasione del Congresso di Medicina che avrà luogo in Napoli dal 25 al 28 ottobre, il Sindacato Medico di Napoli ha presa l'iniziativa d'indire un Convegno dei Sindacati Medici d'Italia per trattare i problemi che riguardano la classe medica.

Le adesioni al Convegno si ricevono dal segretario dott. Guglielmo Marsiglia, via Depretis, 31 - Napoli.

Congresso dei Medici Condotti.

Si è svolto a Genova, dall'8 all'11 ottobre, come avevamo annunziato, il XV Congresso nazionale dei Medici Condotti. Ne daremo un resoconto nel prossimo numero.

Convegno di Medici Ospedalieri.

Al principio del prossimo mese di novembre avrà luogo a Roma il Congresso dell'Associazione Nazionale Medici Ospedalieri.

Richiedere informazioni al prof. N. Sforza, via Ludovisi, 16 - Roma.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9070) *Fornitura di medicinali ai poveri.* — Dottor G. S. da I. — L'incompatibilità fra il Consigliere comunale ed il farmacista fornitore di medicinali ai poveri sussiste sempre, sia che si compia la somministrazione in base a contratto, sia che si compia in base a ricetta, di volta in volta, salvo liquidazione da parte della Giunta municipale. Secondo il disposto dell'art. 60 del Regolamento generale sanitario approvato con D. R. del 19 luglio 1906, n. 466, e 76 del Regolamento sanitario del 3 febbraio 1901, n. 45, il prezzo dei medicinali in vendita nelle farmacie municipali od in quelle farmacie che assumono l'obbligo di fornire i medicinali ai poveri, non è libero, ma non può mai eccedere quello ad essi attribuito da una tariffa speciale approvata dal Consiglio provinciale la quale, a sua volta, non potrà mai eccedere i limiti contenuti nella tariffa dei medicinali pubblicata dal Ministero dell'Interno ed ogni anno da esso riveduta e corretta.

Le Autorità provinciali sanitarie hanno, pertanto, l'obbligo non di porre un vero calmiere sui farmaci da somministrarsi ai poveri dai singoli Comuni, ma di formulare e fare osservare una tariffa acconciamente ridotta.

(9072) *Congedi per infermità.* — Dott. A. P. da C. M. — I congedi per infermità sono regolati dai singoli Capitolati, i quali però non si possono discostare dalle disposizioni contenute al riguardo nell'art. 29 del Regolamento approvato con il Regio Decreto del 19 luglio 1906, n. 466, secondo cui se la infermità non dipende dal servizio il congedo può estendersi fino a tre mesi, se dipende, invece, da ragioni di servizio, fino ad un anno.

(9073) *Concorso per la nomina del medico condotto.* — Dott. C. M. 6099. — Non è illegale nè lesiva della onorabilità del sanitario, la riportata decisione della Commissione giudicatrice. La pubblicazione del verbale all'Albo pretorio Comunale e Prefettizio è prescritta tassativamente dall'art. 35 del Regolamento, approvato con il R. Decreto del 19 luglio 1906, n. 466. Non vi è, pertanto, adito ad alcuna azione giudiziaria.

(9074) *Termini utili per la pensione.* — Dott. L. C. da R. — Il termine utile per la pensione decorre per Lei dal 1° aprile 1902, epoca in cui si è inscritto alla Cassa di previdenza, non potendo riscattare gli anni di servizio fatti precedentemente perchè non era servizio ordinario e normale, ma bensì interinale. Ella conta ora 19 anni e mezzo di servizio utile. Non monta che non fu avvertita l'Amministrazione che Ella trovavasi sotto le armi. Purchè sieno stati pagati nel frattempo entrambi i contributi, è sufficiente.

(9075) *Incompatibilità - Farmacie.* — Dott. A. N. da V. — Nessuna legge impedisce al fratello di un medico tenere una farmacia. La domanda deve essere fatta al Prefetto. Le specialità medicinali e le fiale per iniezioni ipodermiche debbono essere vendute da farmacisti, in base a ricetta.

(9076) *Supplenza nel congedo - Contributo cassa pensioni.* — Dott. A. A. da F. — Se può provare legalmente il corso compromesso di rimborsarle lo intero stipendio durante il congedo, anche mediante testimoni; se la somma è inferiore a lire 500 può ben citare giuridicamente il Comune per ottenere la relativa somma. Ella non potrebbe mai ottenere dalla Cassa di previdenza la restituzione di denaro, che non Le sia direttamente versato. Il Comune durante la vacanza della condotta è tenuto a pagare tanto il proprio quanto il contributo del sanitario.

(9077) *Quota di integrazione per lo stipendio - Ammontare di essa agli effetti della pensione.* — Dott. E. P. da G. — Il Comune saprà indubbiamente la quota di integrazione che annualmente versa alla Cassa di previdenza per arrotondare la pensione del sanitario. A noi mancano gli elementi per determinarla. Quando ci avrà fatto conoscere la somma Le faremo il calcolo della pensione che liquiderà.

(9078) *Iscrizione alla Cassa di previdenza.* — Dott. F. A. da T. — La inscrizione alla Cassa di previdenza sì opera di diritto, nel senso che basta il pagamento del contributo. Ad ogni modo, se crede, può inviare analoga istanza in carta da bollo all'Ufficio sanitario provinciale.

(9079) *Pensioni.* — Dott. C. A. G. da P. P. M. — Per ottenere una più vantaggiosa pensione non v'ha altro mezzo che quello di fare dei versamenti volontarî annuali nella misura prescritta non superiore a lire 400. Quando si saranno compiuti i 25 anni di servizio, il capitale accumulato coi versamenti predetti, si può trasformare in assegno vitalizio a supplemento della pensione. Faccia analoga dichiarazione all'Ufficio sanitario provinciale. Non sono riscattabili gli anni di assistentato da Lei indicati.

(9080) *Indennità caro-viveri.* — Dott. P. D. C. da S. P. in L. — Se è impiegato comunale e riceve stipendio sul bilancio della civica azienda, ha diritto alla indennità caro-viveri, però in ragione di lire 600 annue, non potendosi con essa sorpassare lo stipendio che si percepisce in atto.

(9082) *Supplenza reciproca.* — Dott. G. G. da G. di P. — Sempre che Ella non abbia accettato volontariamente per contratto di nomina la clausola di supplire gratuitamente i quattro colleghi in caso di licenza ordinaria, può chiedere al Comune che sia dispensato da tale obbligo ed, in caso di esito infruttuoso, può rivolgersi alla G. P. A.

(9083) *Compenso per atto operativo.* — Dott. T. D. G. da G. (4462). — È il marito che è obbligato a pagare, giacchè egli amministra, per legge, anche i beni della moglie. Se il compenso offerto non è adeguato al lavoro sostenuto, può sperimentare giudizio civile dinanzi l'ordinaria autorità giudiziaria.

Doctor JUSTITIA.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Sassari*: Dottori: Pala Michele, Siniscola, L. 500 — Demarris Achille, Terranova, L. 250 — Sirgana Mario, Orosei, L. 850 — Mundula Salvatore, Oschiri, L. 650 — Giau Francesco, Sido, Pontedecimo, L. 500 — Emilio Solari, Chiavari, L. 250 — Emilio Petroni, San Pier d'Arena, L. 250 — Saverio Ricci, Sarzana, L. 200 — Angelo Altamperga, Portovenere, L. 150 — Giacomo De Barbieri, Rapallo, L. 150 — Carlo Paulini, Pegli, L. 150 — Antonio Borteccia, Carrodano, lanus, L. 300 — Mannazzu Salvatore, Berchidda, L. 200.

Provincia di *Perugia*: Dott. Boncristiani Marco, Cannara, L. 300.

Provincia di *Genova*: Dottori: Severino Edoar-Edoardo, Pontedecimo, L. 500 — Emilio Solari, Chiavari, L. 250 — Emilio Petroni, S. Pier d'Arena, L. 250 — Saverio Ricci, Sarzana, L. 200 — Angelo Altamperga, Portovenere, L. 150 — Giacomo De Barbieri, Rapallo, L. 150 — Carlo Paulini, Pegli, L. 150 — Antonio Borteccia, Carrodano, L. 150 — Lorenzo Mignone, Masone, L. 200.

CONCORSI.

ACQUAPENDENTE (*Roma*). — Scad. 5 nov. L. 7000 residenziali, caro-viv. come per gl'impiegati dello Stato, L. 2000 per cavalcatura.

ALATRI (*Roma*). — A tutto 31 ott. 3ª condotta; L. 7000 per 1500 pov.; addizion. L. 1.50; due c.-v. Abit. 18,000; a circa 90 km. da Roma. Chiedere annunzio.

ANAGNI (*Roma*). — A tutto 30 ott. Zona Est. L. 7000 oltre L. 1.50 ogni povero in più di 1500; cinque quadrienni del decimo; doppio c.-v.

APRICENA (*Foggia*). — L. 4500, due c.-v., due sessenni decimo. Scad. 30 ott.

BAGNI DI LUCCA (*Lucca*). — Scad. 31 ott. Tre condotte; L. 6000 e 5 quadrienni decimo; L. 2000 cavalc.; c.-v., e in corso d'approv. 2° c.-v.

CALTABELLOTTA (*Girgenti*). — Scad. 31 ott. Per borgata Sant'Anna; L. 4500.

CANEVA (*Udine*). — Scad. 31 ott. Due reparti; L. 6000 e indennità varie. Rivolgersi segreteria.

CAROSINO (*Lecce*). — Scad. 10 nov. L. 5000 oltre L. 500 uff. san., c.-v., 4 quinquenni decimo, L. 1.50 ogni povero in più di 1500.

CASTEL RITALDI (*Perugia*). — Scad. 10 novembre. L. 6000, c.-v., per cavalc. L. 4000.

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE. *Ospedale Civile*. — Al 30 nov., direttore chirurgo; L. 10,000 e 5 quadrienni decimo, L. 1000 indenn. temporanea alloggio. Nomina su terna. Chiedere annunzio alla Congregazione di carità.

CELLERE (*Roma*). — L. 7000 per 2000 poveri, lire 1.50 ogni pov. in più, L. 300 uff. san., L. 500 disag. resid., due c.-v. Entro il 31 ottobre.

CEPRANO (*Roma*). — Scad. 31 ott.; L. 7000 e c.-v.; 5 quadrienni del decimo. Le condotte sono due. Chiedere annunzio.

CLUSONE (*Bergamo*). — Due condotte; L. 6500 oltre L. 250 ogni centinaio di poveri sopra 1000, L. 350 sopra 2000, quattro quinquenni del decimo, due c.-v., L. 500 per uff. san. Ospedale, Staz. climatica. Scad. 30 ott.

CORIANO (*Forlì*). — A tutto 15 nov. 2° e 3° rep.; L. 8000 e 10 bienni del ventesimo e L. 2500 cavalc. per circa 800 pov., caro-viv., L. 1000 assegni. Servizio entro 15 giorni. Chiedere annunzio.

FOGGIA. *R. Prefettura di Capitanata*. — Sanitario presso la Colonia dei Coatti di Tremiti; lire 5500 oltre L. 900 indenn. resid., L. 600 arm. farm., L. 1000 uff. san., alloggio, due caro-viv. Chiedere annunzio. Scad 15 dicembre.

FRASCATI (*Roma*). — Scad. 31 ott. Vedi fasc. 42.

GAGLIANO CASTELFERRATO (*Catania*). — L. 5000; cinque quinquenni del decimo; doppio caro-viveri. Scadenza 15 novembre. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

GALLIATE (*Novara*). — Il concorso ad una delle due condotte mediche è stato prorogato a tutto il 31 ottobre; gli interessati possono rivolgersi all'Ufficio di Segreteria per le opportune informaz.

GENAZZANO (*Roma*). — Scad. 30 giorni dal 15 ott.; 2ª condotta; età limite 45; L. 7000 e caro-viv.

GENGA (*Ancona*). — A tutto 31 ottobre., due condotte; L. 10,000 e 10 bienni del ventesimo; lire 2400 per mezzo trasp. da servire per la generalità abit.; assistenza ai non poveri con 50 % tariffa Ordine; L. 300 p. uff. san.; L. 200 gestione arm. farm. Età limite 40. Chiedere annunzio.

LIMBIATE (*Milano*). — Scad. 30 ott. Vedi fasc. 42.

MILANO. *Opera Pia Poliambulanza Milanese* (via Arena, 20). — Dirigente e aiuto Sez. Cardiologia. Scad. 20 nov.

MONTEVERDE (*Avellino*). — Scad. 28 ott. L. 4500 e 4 quadrienni decimo; c.-v.

PATERNO D'ANCONA (*Ancona*). — Scad. 30 ottobre. L. 8000 per 500 pov., addizion. L. 3, c.-v., L. 2400 mezzo trasp., L. 300 uff. san.

PESCIA. *R. Ospedale dei SS. Cosimo e Damiano*. — Primario medico; vedi fasc. 41. Scad. 31 ott.

RAMACCA (*Catania*). — Condotta pel capoluogo; L. 5000, due caro-viv., 5 quinquenni del decimo. Scad. 2 nov.

RANZANICO (*Bergamo*). — Consorzio con Bianzano; L. 6500 per 1000 pov.; abitanti 1700; p. uff. san. L. 500, p. disag. resid. L. 4250 (per scarsi proventi professionali liberi). Doppio c.-v. Scad. 31 ott.

RAVENNA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario capo dell'ufficio d'igiene nel Comune di Faenza. Vedi fasc. 40. Scadenza 31 ottobre.

ROMA. — *Croce Rossa Italiana*. — Direttore del Sanatorio di Cuasso al Monte (Varese). Vedi fascicolo 40. Scadenza 31 ottobre.

SALGAREDA (*Treviso*). — Scad. 20 ottobre. L'annunzio di concorso ci è stato rimesso troppo tardi.

SAN CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 31 ott.; III cond. per Palazzone; L. 5000 con 8 trienni ventes., L. 3000 mezzo trasp., c.-v.

SAN GIOVANNI IN MARIGNANO (*Forlì*). — Al 30 nov. (ore 19); L. 8000 e 2 caro-viv. per 600 pov., L. 2500 per cav., abitaz.

SAVIANO (*Caserta*). — L. 6000 per i pov. Scadenza 15 novembre.

SESTO AL REGHENA (*Udine*). — Due condotte in pianura, ottime strade carrozz., circa 18 kmq. e 25 kmq., ab. 3000 e 4000; L. 6000 e due caro-viv., L. 2000 per cavalc., L. 300 all'uff. san. Serv. entro 20 giorni. Chiedere annunzio.

SORANO (*Grosseto*). — Due cond. L. 7000 (in corso d'approv. aumento), trienni di L. 700, assicuraz. Per capoluogo due anni assistentato ospedaliero e supplem. di L. 2000 (in corso d'approv.). Scadenza 31 ottobre.

STRIANO (*Caserta*). — Scad. 18 nov.; L. 6000 e caro-viv.

TERNI (*Perugia*). — Scad. 15 nov. Vedi fasc. 42.

TERRA DEL SOLE (*Firenze*). — Al 10 nov. (ore 18). Cons. con Castrocaro; 2° reparto; L. 6000 e 8 trienni decimo, due caro-viv., L. 2000 per cavalc.; kmq. 19; pov. 600 circa. Età limite 33.

TRAREGO (*Novara*). — L. 4000 per 50 poveri; lire 500 per uff. san.; L. 500 p. indennità alloggio. Scad. 31 ott.

VITERBO (*Roma*). — *Ospedale Grande degli Infermi*. — Due aiuti. Vedi fasc. 42.

ROMA. *Ministero della Marina (Ispettorato di Sanità militare marittima).* — È aperto il concorso per esame alla nomina di 24 tenenti medici in servizio attivo permanente. Potranno prendere parte al concorso: 1) i tenenti e sottotenenti medici di complemento della R. Marina; 2) i tenenti e sottotenenti medici di complemento del R. Esercito; 3) i medici civili; questi ultimi non dovranno aver superato l'età di 30 anni alla data di chiusura del concorso. L'esame avrà luogo in Roma il 1° dicembre. L. 4800 iniziali, computandosi gli anni di studio; indennità professionale in L. 2500 e indennità caro-viveri. Per quelli provenienti dagli ufficiali di complemento del R. Esercito e della R. Marina, sarà pure tenuto conto degli anni di servizio, prestati durante la guerra come ufficiali, per il conseguimento dell'aumento quadriennale di lire 800. Chiedere l'annunzio. Scad. a tutto 15 nov.

Medico-chirurgo giovane, 5 anni di laurea, versato prevalentemente in chirurgia ed ostetricia, pratico servizio condotta, ospedale, case di salute, accetterebbe conveniente interinato o altra adeguata occupazione in provincia di Roma. Scrivere: Primo Martinetti, via Quintino Sella, 15 - Roma.

Cercasi medico-chirurgo-ostetrico da prendere servizio subito e interinalmente per 6 mesi con probabile permanenza stabile; mille lire mensili. Scrivere dott. Francesco Petricca, Viale Principessa Margherita, n. 119 - Roma.

Diffide.

Revoca di diffide: Cellere e Monte Porzio Catone (Roma).

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia

(*Agosto-Settembre 1921*).

MALATTIE	1-7 agosto		8-14 agosto		15-21 agosto		22-28 agosto		29 agos. 4 sett.	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	103	623	106	434	88	408	73	291	85	401
Scarlattina . .	54	87	54	142	61	108	61	107	62	121
Vajuolo e vajoloide. . . .	9	15	12	19	12	21	8	13	6	16
Tifo addominale. . . .	297	654	411	1042	476	1160	416	1001	543	1405
Difterite e croup . . .	67	100	93	144	127	228	102	164	149	219
Dlssenteria . .	35	100	46	119	69	268	42	83	45	167

L'epidemia vajuolosa può considerarsi ormai esaurita. Si accentua la recrudescenza estiva del tifo addominale e della dissenteria; per tali malattie, la maggior parte dei casi denunciati si riferisce a Comuni dell'Italia settentrionale.

NOTIZIE DIVERSE.

Conferenze contro le malattie veneree.

Dal 24 al 28 corr. avrà luogo a Parigi, presso la Facoltà di Medicina, la conferenza dell'Europa Occidentale per la lotta contro le malattie veneree. A questa conferenza, organizzata dalla Lega delle Società di Croce Rossa, prenderanno parte le Società di Croce Rossa di Francia, Belgio, Spagna, Italia, Lussemburgo, Portogallo e Svizzera e i rappresentanti di alcuni dei Governi delle suddette nazioni.

Il 5 dicembre si riunirà a Praga, sempre per invito della Lega, la conferenza per la lotta antivenerea destinata ai paesi dell'Est dell'Europa. Vi assisteranno le Croci Rosse della Zecoslovacchia, Austria, Grecia, Ungheria, Jugoslavia, Polonia, Rumenia e i rappresentanti dei Governi.

La Lega si propone di organizzare una conferenza simile per l'Estremo Oriente.

Si ricorda che la prima conferenza antivenerea organizzata dalla Lega in Europa fu tenuta a Copenaghen nel maggio ultimo sotto la presidenza del prof. Rasch di Copenaghen e riunì le Croci Rosse della Danimarca, Germania, Inghilterra, Finlandia, Olanda, Norve[illegible]a, Svezia e i rappresentanti di qualche Governo.

Corsi di perfezionamento.

Coloro che hanno compiuto i loro studî ed ottenuta la laurea dottorale in qualsiasi Università del Regno o anche all'estero e che intendono di continuare gli studî per perfezionarsi in qualche ramo speciale delle scienze mediche, potranno iscriversi ai Corsi di perfezionamento organizzati dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia del R. Istituto di Studi superiori pratici e di perfezionamento in Firenze, presentandone la domanda in carta legale al Presidente della Facoltà, e dichiarando in quale parte delle scienze mediche intendono di perfezionarsi.

Coloro che abbiano il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia potranno domandare il perfezionamento in materie che s'insegnano nella Facoltà medico-chirurgica. Coloro invece che abbiano riportato il diploma di laurea in scienze naturali o in un ramo di esse, non potranno iscriversi ai corsi clinici.

È ammesso il perfezionamento in due materie, ma soltanto quando l'orario delle lezioni e gli obblighi di frequenza negli Istituti rispettivi lo permettano. È data facoltà ai perfezionandi di iscriversi ai corsi liberi a tenore del regolamento universitario vigente, sempreché non vi si oppongano incompatibilità di orario.

Saranno tenuti per la durata dell'anno scolastico corsi ordinari di perfezionamento nelle seguenti materie: Batteriologia (Corso complementare): prof. A. Amato; Patologia speciale chirurgica (posti 10): prof. G. Gatti; Patologia speciale medica: prof C. Frugoni; Anatomia patologica (posti 5): prof. G. Banti; Igiene (posti 4): prog. A. Sclavo; Clinica oculistica (posti 5): prof. De Lieto Vollaro; Clinica delle malattie nervose e mentali: professsor A. Tanzi; Radiologia ed Elettroterapia: prof. L. Siciliano; Clinica medica (posti 30): pro-

fessor F. Schupfer; Clinica chirurgica (posti 10): prof. E. Burci; Clinica pediatrica: prof. C. Comba; Clinica dermosifilopatica (posti 12): prof. C. Pellizzari; Clinica ostetrico-ginecologica (posti 20): prof. E. Ferroni; Medicina legale: prof. L. Borri.

Saranno anche tenuti corsi speciali di perfezionamento della durata di due mesi (marzo ed aprile 1922) nelle seguenti materie: Clinica oculistica (posti 10); prof. A. De Lieto Vollaro; Materia medica e terapia: prof. G. Coronedi; Otorinolaringologia (Corso libero - posti 10): prof. U. Torrini; Ortopedia (Corso libero - posti 10): prof. P. Palagi.

Pel corso di perfezionamento sono istituite le seguenti tasse, oltre quelle di laboratorio: tassa d'iscrizione pei corsi ordinari, L. 300.30; tassa pel certificato di diligenza e profitto, L. 30.10; tassa per il diploma, L. 100.10; Tassa d'iscrizione pei corsi speciali, L. 300.30 (compresa la marca da bollo per la quietanza. Oltre alle tasse di cui sopra, gli iscritti dovranno pagare alla Segreteria L. 5.35 per libretto, bolli, diritti e marca.

Quando la natura dell'insegnamento lo richieda potrà essere fatto obbligo agli iscritti di provvedersi di un microscopio.

Le iscrizioni si ricevono alla Segreteria della Facoltà Medico-Chirurgica (via degli Alfani, 33) a tutto il 5 novembre, giorni in cui incominciano le lezioni. Le tasse devono essere pagate alla Cassa dell'Istituto, Piazza S. Marco, 2.

Corso di Medicina del Lavoro.

Si terrà presso la Clinica del Lavoro di Milano dal 3 novembre al 18 dicembre. Le lezioni e le dimostrazioni avranno luogo in ogni giorno non festive nell'aula della Clinica (via S. Barnaba, 8) e negli altri Istituti che saranno indicati nell'orario-programma definitivo. Il corso si inizierà alle ore 11 del 3 novembre.

Le materie che formeranno oggetto del corso sono le seguenti:

— Malattie da lavoro (malattie interne e di specialità) e materie sociali.
— Infortuni ed infortunistica.
— Prevenzione tecnica degli infortuni.
— Igiene del lavoro.
— Ispezioni del lavoro; medici ed assistenti di fabbrica.
— Legislazione sociale italiana e comparata.
— Previdenza e assicurazioni sociali.
— Cooperativismo. - Abitazioni, alimentazione e conforti per la classe lavoratrice.

Oltre a professori ufficiali della Facoltà medica ed Istituti Clinici di Pavia-Milano e al personale scientifico della Clinica del Lavoro, prenderanno parte al corso, come docenti, il dott. Giulio Calamani, direttore generale della Previdenza, l'ingegnere F. Massarelli, direttore generale dell'Associazione per la prevenzione degli infortuni, il professore U. Gobbi del Politecnico di Milano, il professor G. Loriga, capo dell'Ispettorato medico del lavoro, l'ing. Locatelli, il dott. Manfredi, segretario generale delle Cooperative, i professori Borri di Firenze, Biondi di Siena, Pisenti di Roma e Carozzi, capo del Servizio d'igiene presso la Lega delle Nazioni a Ginevra, ed altri.

Non sono ammessi più di 40 medici. Tassa di iscrizione L. 100.

Le domande d'ammissione si dirigono alla Segreteria degli Istituti Clinici, via Commenda, 12. Agli iscritti che avranno frequentato regolarmente il corso sarà rilasciato l'attestato di frequenza.

Per informazioni rivolgersi alla Direzione della Clinica del Lavoro, via S. Barnaba, 8. Tel. 19-73.

Il Segretario didattico dei RR. Istituti Clinici, cav. Pupilli, è in ufficio (via Commenda, 12) nei giorni di lunedì, giovedì e sabato, dalle 16 alle 17.

Le associazioni sociali in Inghilterra.

La «National Insurance Gazette», consacrata principalmente alle assicurazioni sociali in Inghilterra, annunzia che le condizioni finanziarie delle Società Mutue riconosciute (cioè ammesse a praticare l'assicurazione nazionale contro le malattie) sono diventate floridissime, tanto che il Tesoro potrebbe, senza recare danni apprezzabili, sopprimere il contributo statale corrispondente a 2/9 dei premi.

Corsi di Igiene sociale in Germania.

Le Accademie d'Igiene sociale di Charlottenburg e di Breslavia provvedono allo speciale insegnamento pei Medici distrettuali, comunali, scolastici; vi sono istituiti corsi di igiene sociale, di anatomia patologica, di batteriologia e di medicina legale.

Il centenario di Virchow.

Il 13 ottobre si è compiuto il centenario della nascita di Rodolfo Virchow, uno dei più grandi nomi della medicina.

Virchow non ha solo creato la patologia cellulare, ma ha impresso orme indelebili nell'antropologia e nella medicina sociale.

Quando egli, ancora vegeto, compì 80 anni, si recarono a fargli omaggio, a Berlino, Baccelli, lord Lister ed altri sommi medici e scienziati; molte Accademie e Società mediche gli resero onori.

Quest'anno la ricorrenza viene modestamente ricordata all'Istituto patologico della Charité di Berlino con un discorso di Lubarsch, alla Società medica di Berlino, alla Società Antropologica di Berlino e in altre Associazioni mediche e scientifiche della Germania.

Un monumento a Finlay.

È stato eretto all'Avana un monumento a Carlos J. Finlay y de Barrès, il quale aveva proclamato il compito delle zanzare nella diffusione della febbre gialla fin dal 1881.

In ricordo di Schaudinn.

Compiono in questi giorni 15 anni dalla scoperta della spirochete pallida, compiuta da Schaudinn in collaborazione di Hoffmann grazie ad una tecnica microscopica finissima, che fece differenziare l'esile microrganismo; questa scoperta ha segnato una nuova êra nello studio della sifilide: ha avuto

larghe ripercussioni nel campo diagnostico e terapeutico.

Il nome di Schaudinn resta legato anche alla scoperta dell'ameba istolitica, che prima era confusa con la coli, a studi impareggiabili sull'evoluzione dell'ematozoo della terzana, sul doppio ciclo di sviluppo dei coccidi e su altri protozoi.

Onorari medici e inefficienza delle cure.

Al Tribunale della Senna (Parigi) si è svolto un processo intentato da un imprenditore di lavori murarî contro un medico il quale, a parere del cliente, aveva errato la diagnosi, e perciò non lo aveva guarito.

Il querelante ragionava per analogia con la propria professione: incorrendo in un grave errore nell'esecuzione dei lavori commessigli, egli diceva, la fattura gli sarebbe tornata indietro non saldata.

La magistratura ha confermato il principio che «il cliente non può far dipendere la remunerazione del suo medico dal successo o meno delle cure prestate»; ha opinato che l'ufficio del medico non è quello di guarire, ma di curare, e che, a meno di un errore di estrema evidenza epperò imperdonabile, il medico ha fatto tutto il suo dovere quando ha prestato coscienziosamente la sua opera.

Nuovo inasprimento di tasse sulle acque minerali.

La «Gazzetta Ufficiale» pubblica un R. decreto che eleva la misura della tassa di bollo sulle acque minerali in bottiglie, in misura variabile da L. 0.10 a L. 5 per un prezzo fino a L. 50; per prezzi superiori, ogni cinque lire o frazione di cinque lire dell'intero prezzo L. 0.50. Le disposizioni di questo decreto entreranno in vigore il 1° novembre.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Presse médicale, 13 agosto. — G. MILIAN. Profilassi e cura della crisi nitritoide.

Le Scalpel, 13 agosto. — E. DOUMER. Cura delle fermentazioni intestinali putride con l'amido paraffinato.

Paris Médical, 6 agosto. — Numero monografico sulle malattie urinarie.

Note e riviste di Psichiatria, gennaio-aprile. — F. DEL GRECO. Sulle «crisi d'animo». — D. ISOLA. Le cenestopatie del climaterio.

Jornal dos Clinicos, 15 luglio. — A. PRADO. Distrofia genito-ghiandolare con blocco cardiaco completo.

Münch. med. Wochens., 19 agosto. — PAYR. Cause e trattamento della neuralgia del trigemino. — KOELLNER. Teorie della visione del colore.

British med. Journ., 20 agosto. — Discussione sull'effetto dei raggi X e del radio sul sangue: la diatermia chirurgica.

Lancet, 20 agosto. — L. GOLLA. Lo studio obbiettivo delle neurosi.

Brain, luglio. — P. SARGENT. Lesioni del plesso brachiale e coste rudimentali. — ARIËNS KAPPERS. Leggi strutturali del sistema nervoso. — DUDGEON e GY. Sulla sclerosi disseminata.

Giornale di Clinica medica, luglio. — G. BIANCHI. I postumi mentali della encefalite letargica. — A. DAZZI. Nuovo metodo per lo studio della funzionalità epatica.

La Pediatria, 1° agosto. — L. NASSO. Diagnosi della tubercolosi con la ricerca degli antigeni.

Journ. of Am. med. Assoc., 13 agosto. — P. MULLER. L'istruzione del chirurgo. — A. FERREL. La formazione degli ufficiali sanitari.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXVIII Roma, 31 Ottobre 1921 Fasc. 44

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI DELLA R. UNIVERSITÀ DI PARMA

Direttore: prof. LUIGI RONCORONI.

Psicosi allucinatoria acuta consecutiva ad atto operativo con rachianestesia in alcoolista

per il dott. GINO BIANCHI, aiuto.

Nel decorso anno tra gli infermi di mente accolti nella nostra Clinica ho avuto occasione di osservare un caso di psicosi allucinatoria acuta che mi è parso interessante non soltanto per la diagnosi che all'inizio specialmente poteva essere molto dubbia, ma anche per le circostanze colle quali il caso si è presentato alla nostra osservazione.

Credo opportuno quindi illustrare il caso clinico e incomincerò a descrivere brevemente i dati anamnestici e quelli che si riferiscono all'esame obbiettivo dell'ammalato.

Storia Clinica. — O. Pietro, d'anni 24, di professione contadino, celibe. Il padre, uomo di media età, è vivente e sano. Ha sofferto di vaiuolo e di febbre tifoide, ma senza alcuna complicanza. Non è alcoolista ed è sempre stato uomo equilibrato e bravo lavoratore; nega malattie veneree e sifilitiche. La madre è pure vivente e sana, e non fu mai ammalata di alcuna forma morbosa e tanto meno ebbe mai a soffrire di malattie nervose o mentali. Si rivela di mediocre intelligenza, con campo ideativo un po' ristretto, tarda nella comprensione, lenta ed un pò incerta nelle risposte. Sposatasi ancora in giovane età ha avuto tre gravidanze condotte a termine e due aborti, senza causa apprezzabile. Uno zio paterno del paziente ha abusato di alcoolici ed è morto in seguito ad una forma acuta mentale imprecisabile. Un fratello del paziente è morto due mesi dopo la nascita, non si sa bene per quale malattia. Null'altro risulterebbe dal lato anamnestico familiare.

Il paziente è il secondo nato. Nacque a termine da parto fisiologico, fu allevato al seno materno, ed ebbe dentizione, deambulazione, inizio della parola normali. Nell'infanzia ha sofferto delle comuni forme esantematiche e di forme intestinali lievi. Non ebbe mai convulsioni nè soffrì neppure di equivalenti epilettici od isterici. Nega malattie veneree e sifilitiche. Sin da ragazzo ha abusato invece di alcoolici e specialmente in questi ultimi anni si era dato a bere smodatamente ubbriacandosi spesso e spendendo così quasi tutto il denaro guadagnato nella giornata. Nel 1916-917 prestò servizio militare per qualche mese, ma poi fu riformato per ernia inguinale destra. Ricoverato per questa affezione nella Sezione Chirurgica dell'Ospedale Civile locale, il 4 maggio 1920, previa anestesia lombare con novocaina, veniva sottoposto alla operazione radicale dell'ernia. Nei giorni che precedettero l'operazione il paziente era apparso preoccu-

pato e mentre poi si compieva su di lui l'atto operativo, egli riuscì a vedere in parte quanto si faceva e ne rimase molto turbato. Nei primi due giorni dopo l'intervento ebbe leggeri elevamenti di temperatura serotini, 37°.5-37°.6, senza cefalea, senza vertigini, nè nessun altro fenomeno degno di importanza.

La temperatura in terza giornata era ritornata completamente normale e la lieve ipertermia poteva attribuirsi alla reazione dell'organismo alla puntura lombare, come spesso suole avvenire negli operati sottoposti a tale mezzo di anestesia lombare. Sin dal primo giorno però consecutivo all'operazione chirurgica il paziente si presentava mesto, taciturno, notevolmente depresso nell'umore ed il giorno 6 maggio successivo incominciò con fenomeni di irrequietezza a dar segni evidenti di un vero squilibrio mentale. Dato l'aggravarsi delle sue condizioni psichiche veniva dopo alcuni giorni e cioè in 7ª giornata, trasferito dal reparto chirurgico nella nostra Clinica.

Esame obbiettivo. — Soggetto di originaria mediocre costituzione fisica; sistema scheletrico, muscolare, sistema ghiandolare periferico, normali. Pannicolo adiposo scarso, colorito della cute e delle mucose visibili roseo, viso molto acceso, anzi decisamente congesto.

Notasi leggera asimmetria cranio-facciale, non esistono però in complesso vere e proprie stimmate degenerative. Anche la capacità cranica e l'indice cefalico sono normali. Non tatuaggi sulla cute.

Funzioni di moto. — Il paziente non offre nulla di speciale all'esame di moto. Infatti egli non ha mai sofferto di convulsioni; non pare neppure abbia mai avuto vertigini nè equivalenti motori o psichici di qualsiasi natura. Non presenta spasmi, nè contratture, nè fenomeni catatonici. Tutti i movimenti attivi e passivi sono possibili e normali tanto agli arti superiori che inferiori.

Si nota un certo grado di tremore bene apprezzabile alle mani, alla lingua ed alle palpebre, specie facendo chiudere gli occhi. Non esistono alterazioni di moto con carattere di incoordinazione. I riflessi mucosi sono normali; vivaci d'ambo i lati sono i riflessi profondi, provocabili e non esagerati quelli cutanei. Le pupille sono uguali, un po' midriatiche ma con riflessi alla luce, accomodazione e convergenza normali. Non viene esaminata l'andatura perchè la ferita operatoria, che del resto procede regolarmente verso la cicatrizzazione, non è ancora completamente consolidata, ma nulla dall'esame fatto, fa sospettare possano esistere alterazioni in questo campo. La parola è normale. La forza muscolare è buona, ed è messa bene alla prova dal paziente specie in certi momenti di sovraeccitazione psichica. L'atteggiamento e l'espressione del viso del paziente è di persona sospettosa e diffidente.

Funzioni di senso. — Date le condizioni psichiche del paziente non fu possibile al suo ingresso in clinica praticare un esame delle funzioni di senso che desse risultati attendibili. L'esame però ripetuto nella convalescenza più volte non ha rilevato alcuna alterazione di senso. Normali infatti furono sempre la sensibilità tattile, termica, dolorifica, topografica. Senso stereognostico, estesiometria e sensibilità profonde normali. Normali le funzioni dei vari organi di senso specifici.

Funzioni organiche. — Cuore con toni netti, il secondo un po' rafforzato, specie alla punta. Polso 70 al m' regolare. Arterie periferiche un po' indurite, sopratutto se si tien conto della età ancora giovane del paziente. Nulla di patologico da parte dell'apparato respiratorio. La temperatura, come già si disse, tranne nei primi due giorni, si mantenne sempre normale. Da parte delle funzioni digerenti si notava lingua patinosa, con alvo tendente alla stitichezza. All'addome poi, in corrispondenza della regione inguinale destra, si nota una ferita operatoria recente, in via di regolare cicatrizzazione, a direzione obliqua dal basso all'alto; esito dell'atto operativo compiuto. Le urine sono normali. La puntura lombare con novocaina è stata praticata tra la 4ª e la 5ª vertebra lombare.

Funzioni psichiche. — Sin dal primo giorno dell'operazione si ebbero a notare nell'ammalato una certa preoccupazione, idee vaghe e un po' sconnesse, accompagnate da un fare incerto, sospettoso e da un tono emotivo depresso. Il paziente però non ebbe mai ad accusare nessun disturbo speciale; si lamentava come tutti gli operati di malessere generale, di un dolore mediocre in corrispondenza del trauma operatorio, e di modica cefalea. Non ebbe vertigini, ebbe invece lievi disturbi visivi, con offuscamento di vista, ma non veri fenomeni che potessero anche lontanamente far sospettare lesioni meningee. Anche il mal di capo, accusato soggettivamente, scomparve dopo due o tre giorni, e non fu mai accompagnato da vomito. Allorquando esaminai l'ammalato per la prima volta nel reparto Chirurgico, e cioè la mattina seguente al 3° giorno dall'operazione, notai le alterazioni mentali che ora vado riassumendo:

Si notava anzitutto fisionomia triste, carattere eccitabile. L'ammalato presentava in certi momenti notevole irrequietezza; in certi altri vera e propria agitazione psico-motoria: non voleva stare più in letto, si dibatteva colle mani e cogli arti inferiori, voleva alzarsi e fuggire dall'ospedale, tantochè anche per non compromettere l'esito della operazione chirurgica era già stato fissato con mezzi coercitivi. All'interrogatorio rispondeva con lentezza, ed a stento, proiettando un delirio a contenuto persecutorio e terrifico, sulla base di allucinazioni visive ed uditive. « Contro di lui infatti vi era gente nella corsia dell'ospedale che stava complottando, egli ne sentiva le voci, ne ricordava i discorsi, e vedeva poscia persone che dovevano ammazzarlo con un coltello ». Chiamato vicino a sè il padre, gli confidava di aver visto alle volte un soldato munito di sciabola che era venuto per tagliargli il collo, e lo pregava di porlo intanto in salvo da questi nemici. Anche gli infermieri dovevano perseguitarlo ed egli diffidava di loro, malvolentieri rispondeva alle loro domande ma più che gli era possibile cercava di rinchiudersi entro sè stesso, nascondendosi anche sotto le coperte come per non avere affatto comunicazione col mondo esterno.

Non aveva affatto coscienza della propria malattia, ma egli era così invaso dalle sue

idee deliranti e preso da allucinazioni terrifiche che più di una volta tentava di alzarsi dal letto e di darsi alla fuga. L'orientamento era pure compromesso; non riconosceva il luogo; non aveva più la nozione del tempo; riconosceva però parzialmente le persone dell'ambiente ed in modo quasi del tutto normale i genitori che lo assistevano.

I processi psichici apparivano rallentati e confusi, così pure la coerenza delle idee ed il potere critico erano profondamente alterati. Il tono emotivo si manteneva sempre triste; i sentimenti affettivi e morali non erano scomparsi, ma apparivano sospesi. Nei primi giorni della malattia quando maggiore era l'agitazione si aveva pure insonnia.

Andamento clinico. — Quando l'ammalato fu trasferito nella nostra Clinica i sintomi mentali erano si può dire quasi immutati ed il paziente presentava il quadro sopradescritto che si protrasse per circa una settimana. In seguito scomparve la cefalea, ritornò normale l'orientamento, scomparvero le allucinazioni, le idee deliranti e con esse l'irrequietezza e l'agitazione psico-motrice; riapparve la coscienza e lo stato mentale del paziente andò così gradatamente e sempre più ricomponendosi, tantochè il 17 maggio potè essere dimesso dalla Clinica e riconsegnato alla famiglia completamente guarito dell'operazione dell'ernia e delle turbe psichiche sofferte.

Volendo ora brevemente riassumere i principali sintomi psichici, insorti in modo acuto, quasi subito dopo l'intervento operativo essi sono i seguenti:

Fisionomia triste, atteggiamento scontroso, tono emotivo costantemente melanconico, grave agitazione psico-motoria, fenomeni di automatismo psichico, idee deliranti a contenuto persecutorio e terrifico, allucinazioni visive ed uditive, incoscienza, torpore psichico, discreta confusione mentale, insonnia.

A quale forma morbosa, a quale entità clinica noi dovremmo ora ascrivere il nostro caso?

Analizzando il quadro clinico sopraesposto, nell'intendimento di giungere alla diagnosi, noi dobbiamo porci innanzi alcune forme mentali le quali sia per la loro eziologia e patogenesi come pure per il complesso sintomatico loro proprio, possano avere col nostro caso punti di contatto. Nel nostro ammalato può intanto dirsi senza tema di smentita che si tratta indubbiamente d'una forma acuta, ad andamento benigno e completamente reintegrabile; in essa poi, se si eccettua il tremore — sovratutto evidente alle mani — e l'agitazione psico-motoria — fatto questo legato eminentemente ad un eccitamente psichico, senza quindi una lesione primitiva dei meccanismi puramente motori — non esistevano vere e proprie e profonde alterazioni di moto.

Le ipotesi più probabili che si possono porre sono dunque a mio avviso le seguenti:

1° si tratta qui semplicemente di una neuropsicosi emotiva, astrazione fatta dalla forza amenziale, in rapporto della subìta operazione chirurgica?

2° si tratta invece di una forma mentale acuta sviluppatasi in seguito alla puntura lombare con novocaina, del tipo della confusione mentale?

3° il paziente ha offerto forse un quadro confusionale comune?

4° il quadro clinico sopra esposto corrisponde invece a quello della psicosi allucinatoria acuta, alcoolica?

Discussione del caso clinico. — Sebbene la malattia mentale di cui ha sofferto il nostro ammalato sia insorta in modo quasi acuto e non si possano disconoscere anche influenze emotive in rapporto all'atto operativo, non mi pare debba parlarsi qui di una semplice neuropsicosi emotiva. Infatti questa forma suol essere rappresentata fondamentalmente e più comunemente da fenomeni depressivi, accompagnati da turbe ansiose, da tremori, melanconia, con crisi di pianto, astenia psichica e muscolare, rallentamento dei processi ideatici, facile impressionabilità ed irritabilità, così da costituire un complesso di sintomi ben chiaro e ben definito. È noto pure che le emozioni, i traumi psichici possono poi anche determinare facilmente l'insorgenza di fenomeni psicastenici o dar luogo a semplici sindromi nevrasteniche o nevrastenoidi; ma nulla hanno in comune queste forme col nostro caso.

Altre volte invece, a seconda del grado di resistenza nevropsichica del soggetto e del grado d'intensità del trauma subito, per le stesse cause si possono avere quadri diversi dai sopra accennati e con gravità maggiore non tanto per la durata della malattia, che assume talvolta un andamento assai lento, ma anche per le difficoltà maggiori che si incontrano per un esito favorevole, sopratutto quando la malattia colpisce individui già in età piuttosto avanzata. Voglio alludere a forme melanconiche che possono raggiungere il vero intoppo psico-motore o, più precisamente, uno stato in cui il completo arresto psichico è caratterizzato dall'impossibilità di ogni rapporto della vita psichica dell'ammalato con l'ambiente in cui egli vive, in causa di una inibizione completa o quasi di tutte le sue facoltà mentali. Si può avere allora persino mutismo assoluto, rifiuto del cibo ed altri segni di pseudonegativismo, vuoto, affettivo ed ambientale, disordine della condotta tanto da dare talvolta

al quadro persino l'apparenza di una forma ebefrenica che il decorso della malattia poi smaschera, perchè col tempo essa si risolve ed il più delle volte può anche evolvere a guarigione completa.

Di questi casi, molti ne abbiamo potuti osservare e seguirne esemplari ancora abbastanza recentemente durante la guerra italo-austriaca sia al fronte che in altri centri specializzati nei quali i militari venivano sottoposti a lunghi periodi di osservazione.

È poi d'altra parte risaputo che generalmente nel corso delle neuropsicosi emotive non insorgono che raramente, vere e proprie idee deliranti sistematizzate o fenomeni allucinatori.

È invece caratteristica di queste forme depressive la fisionomia psichialgica dei soggetti che ne sono colpiti, come pure il loro speciale atteggiamento, la tendenza ad allontanarsi da tutti per appartarsi magari in un angolo della stanza, talvolta persino col viso coperto come per sfuggire lo sguardo degli altri compagni, solo compresi ed invasi da un profondo scoraggiamento e da una depressione grave dell'animo. Sono soggetti vinti, facilmente diagnosticabili, incapaci il più delle volte durante questa fase, di reagire agli stimoli esteriori: individui che vivono solo nella cerchia ristretta delle loro idee tristi, dalle quali essi sono completamente presi ed inibiti.

Se si esclude ora possa trattarsi semplicemente di una forma emotiva, soffermiamoci sulla seconda ipotesi, cercando di esaminare quale influenza nociva possa aver avuto l'intervento della anestesia lombare con novocaina.

Per quanto io abbia scorsa con cura la letteratura dell'argomento, non ho trovato in essa alcun accenno a casi che possono aver avuto qualche analogia col nostro ammalato. Se la anestesia può dar luogo ad inconvenienti, questi avvengono sopratutto nel campo della funzione nervosa, mentre le funzioni psichiche rimangono generalmente normali. Ed eccone la dimostrazione che io attingo dall'Hosemann, da una sua memoria apparsa nel *Policlinico* dello scorso anno.

Tra gl'inconvenienti ai quali può dar luogo l'anestesia lombare, il Kirschner pubblicò, non molto tempo addietro, alcune note nelle quali egli fa cenno anche a gravissimi fenomeni che possono giungere fino al collasso ed all'arresto respiratorio (un caso di morte) e ad effetti consecutivi di lunga durata, caratterizzati sopratutto da cefalee più o meno intense.

Un altro autore, il Flörcken, notò pure in seguito all'anestesia lombare cefalee frequenti e gravi con fenomeni di eccitazione meningea.

Calmann, nel riferire alcuni suoi casi analoghi, attribuì i cattivi risultati della puntura lombare all'uso del medicamento in fiale (novocaina-soprarenina Höchst), che si alterò durante la guerra e constatò minori inconvenienti invece adoperando delle compresse da disciogliere.

M. V. Brum riscontrò fenomeni tardivi, cioè lievi cefalee; non osservò insuccessi totali e fenomeni accessori.

Ancora nel campo degli accidenti puramente nervosi, fenomeni così gravi, sino al collasso come li notò Kirschner, sono rari. Per ottenere paralisi respiratoria con collasso, l'influenza dell'anestetico deve arrivare molto in alto, dipendendo questi fenomeni gravissimi dalla partecipazione del midollo allungato e del IV ventricolo.

Si osservarono pure con la comune anestesia lombare analgesie prolungate, estese a tutto il tronco e ad ambedue le braccia senza però alcun altro sintomo degno di importanza.

I disturbi più frequenti che possono sopravvenire dopo l'anestesia lombare, sono adunque leggeri elevamenti termici e cefalee di lunga durata. Una parte di queste ultime dipende da fenomeni di meningismo ed è accompagnata da aumento della pressione del liquido cefalo-rachidiano con aumento di albumina e di cellule (molti leucociti polinucleari). Questi casi vengono guariti mediante una puntura lombare — eventualmente ripetuta — con la evacuazione di liquido in tale quantità che la pressione normale possa essere ristabilita; inoltre somministrando al paziente purganti e producendo una diuresi abbondante. In altri casi invece la rachianestesia determina un notevole abbassamento della pressione del liquido con un contenuto cellulare minimo ed un piccolo aumento d'albumina. In questi casi si ha la scomparsa della cefalea in un periodo relativamente breve somministrando un'abbondante quantità di liquido in modo da ristabilire il compenso.

Ma in seguito all'anestesia lombare si possono avere casi più gravi, caratterizzati da cefalea violenta, che si protrae per settimane con vertigini, malessere, vomito, fino al rifiuto del cibo, ma senza vere e proprie alterazioni psichiche. Nel nostro paziente se si eccettua un modico mal di capo, un lieve elevamento termico all'inizio, nulla di tutto ciò si è manifestato. Nè si potrebbe d'altra parte ascrivere il caso nostro a qualcuna delle forme mentali, sino al delirio acuto, che possono sopravvenire talvolta, sebbene molto raramente, negli operati con o senza puntura lombare, perchè

l'esito e il complesso della sindrome parla invece per una forma ben più chiara e definibile come dirò in seguito.

Entrando ora ad esaminare la terza delle ipotesi, ossia quella di una forma confusionale del tipo della amenza, certo non si può, a prima vista, escluderne la possibilità per un complesso di dati che pure erano presenti nel quadro clinico. Infatti a parte il modo di insorgenza acuto che può deporre anche per l'amenza, noi abbiamo notato nel nostro paziente un discreto grado di confusione mentale. L'ammalato inoltre era anche un po' disorientato, un po' incoerente nel discorso ed appariva anche disordinato nella condotta ed in certi momenti in preda a viva agitazione psico-motoria. Ma il complesso del quadro clinico non deponeva, a parer mio, per una forma amenziale pel prevalere dei fatti allucinatorii acuti che rivestivano i caratteri delle turbe sensoriali da intossicazioni eterogene. Anche la durata della malattia, relativamente breve, non deponeva per l'amenza. Non risultava poi una malattia infettiva, non un esaurimento da eccessivo lavoro fisico o mentale; e anche il trauma psichico costituito dall'atto operativo mal potrebbe considerarsi come causa sufficiente a determinare un'amenza. Ma anche se noi ora volessimo dare importanza a quest'ultimo elemento, non si spiegherebbe la mancanza di taluni sintomi capitali della malattia, la quale anzi, per i suoi caratteri speciali, dovrebbe essere ascritta tra le forme di psicosi allucinatoria acuta di origine alcoolica.

La quarta ipotesi quindi, che io ho posto prima di entrare nella discussione del caso clinico, è quella che maggiormente acquista valore e che deve essere da noi presa in massima considerazione.

Infatti si tratta qui di una forma insorta in modo acuto, analogamente al delirio allucinatorio acuto degli alcoolisti, il quale, d'ordinario, suole appunto iniziarsi rapidamente con chiari disturbi psico-sensoriali a contenuto persecutorio.

In questa forma, come del resto nel nostro ammalato, si hanno infatti disturbi della percezione, idee deliranti a contenuto terrifico ed allucinazioni. Queste ultime sono per lo più uditive e visive; si può avere pure zoopsia. Anche lo stato di agitazione psico-motoria si riscontra quasi sempre nel delirio alcoolico, come pure l'offuscamento della coscienza, il disorientamento parziale, l'amnesia semplice, l'insonnia, il profondo disordine con incoerenza delle idee ed incapacità a connetterle ordinatamente. In favore della diagnosi di delirio alcoolico, depone pure il decorso clinico e la durata della malattia in generale da 2 a 3 settimane e, più raramente, di alcuni mesi.

* * *

Concludendo, il quadro clinico che si è presentato alla mia osservazione, sia per i precedenti anamnestici e per il modo di insorgenza, come pure per la sua chiara e ben netta sintomatologia, per il decorso, per la durata e per l'esito, si deve ascrivere ad una sindrome alcoolica, la quale riveste più precisamente i caratteri della psicosi allucinatoria acuta. Il caso mi sembra non privo di interesse clinico e pratico, perchè esso si scosta dalla norma ed è insorto non in dipendenza diretta, esclusiva ed immediata dell'azione tossica dell'alcool. L'atto operativo, il trauma psichico conseguentemente subìto e forse anche la puntura lombare con novocaina, devono aver agito come elemento occasionale e deve ritenersi quindi che essi abbiano contribuito allo sviluppo di una forma mentale latente, in rapporto a fattori tossici di origine alcoolica.

NOTE DI TECNICA.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO.

Dosaggio degli anticorpi nella prova di Wassermann.

Dott. PIER FRANCESCO ZUCCÒLA, prim. e docente.

Nell'apprezzamento del grado di positività della prova di Wassermann, il metodo comunemente seguito — quello cioè di distinguere una reazione dubbia o variamente positiva a seconda del residuo più o meno grande di emazie non emolizzate — può fino ad un certo punto soddisfare il clinico, poichè la varia interpretazione non solo può essere frutto di inafferrabili variazioni di tecnica, ma ancora di un vario apprezzamento soggettivo; per cui erano logici i tentativi di graduare o numerare l'intensità della reazione in modo da uniformare il più possibile il responso ed eliminare uno dei fattori, almeno, causa di diversa interpretazione. D'onde il tentativo di Vernes di stabilire una tavola colorimetrica, alla quale fossero riferibili i risultati ottenuti, quello di Calmette e Massol di determinare la quantità di alessina che può fissare il sistema antigene-anticorpo.

Se non che i metodi, portando ad un maggiore lavoro, complicano la prova tutto a detrimento della sua desiderabile semplicità e speditezza, non potevano avere soverchia fortuna; solo Dujardin ha tentato di metterla in pratica e del tutto recentemente il Peyre

Il metodo consiste nel determinare del siero in esame la diluizione limite contenente la quantità di anticorpi necessaria e sufficiente alla costituzione del complesso fissatore.

Gli autori anzi citati diluiscono il liquido in esame all'1/10 ed all'1/100, perfino all'1/1000 quando è necessario, e con esso procedono alla prova, con questa differenza che invece di adoperare centimetri cubici o frazioni, si servono di goccie ottenute mediante pipette calibrate in modo che ognuna corrisponda a 1/20 o a 1/10 di cmc.

Il dispositivo dell'esperienza sarebbe il seguente:

Provette	1	2	3	4	5	6	7	8
			a	*a*	*a*	*b*	*b*	*b*
Liquido in esame	2	1	5	2	1	5	2	1
Soluz. fis. 9/000 .	11	12	8	11	12	8	11	12
Alessina	2	2	2	2	2	2	2	2
Antigene. . . .	3	3	3	3	3	3	3	3
Siero emolitico .	1	1	1	1	1	1	1	1
Gl. rossi 1/7. . .	1	1	1	1	1	1	1	1
Corrispondente alla diluizione. .	**1:10**	1:20	1:40	1:100	1:200	1:400	1:1000	1:2000
Unità in Σ. . .	1	2	4	10	20	40	100	200

a) Soluzione al decimo.
b) Soluzione al centesimo.

Per la lettura dei risultati essi ritengono la prova positiva in quei tubi nei quali l'emolisi non è completa di modo che se essa è incompleta già nel primo tubo il liquido contiene una unità-anticorpo (ciò viene indicato con Σ) quando lo è nei primi quattro allora sono contenute 10 Σ, se poi nessun tubo presenta emolisi il liquido contiene 200 Σ. Così per esempio essendo positivo alla diluizione 1/40 e non più all'1/100 essi dicono che la diluizione base (1/10) contiene, $\frac{1:10}{1:40} = 4$ unità d'anticorpi.

La dicitura abituale verrebbe in tal modo sostituita da cifre in modo più preciso nei confronti dell'intensità della reazione dell'infezione col decorso clinico di questa.

Tenuto conto che indubbiamente questo apprezzamento della intensità della R. W. deve riuscire di grande utilità a scopo pratico, ho voluto riprendere le ricerche in questo senso non attenendomi però strettamente al metodo Dujardin-Peyre, ma impiegando frazioni di cmc. di una soluzione al decimo del siero in esame poichè, secondo la mia esperienza, per quanto intensa possa essere la reazione non occorre nella diluizione andar oltre il detto limite.

Il dispositivo dell'esperienza è il seguente:

	Siero diluito all'1 : 10										
Liquido in esame. .	0.2	0.1	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1
Anti gene 1/8. . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Complemento . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Soluzione fisiol. q. b. per portare a cmc. 2 2.											
II Tempo											
Siero emolitico. . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Globuli rossi . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Di modo che se vogliamo come cifre indicare la quantità di anticorpi in ogni tubetto indicando con 1 quella del primo corrispondente alla dose di siero comunemente usata per ogni reazione, nel secondo ne saranno contenute 2; nel terzo 3; nel quarto 4, e così via; se pure non si vuole indicare semplicemente il grado di diluizione del siero nel quale l'emolisi non è stata completa.

Indubbiamente il metodo come tutti gli altri del genere non semplifica, nè dà speditezza alla prova, tanto più che non interessando se non i sieri a reazione positiva deve essere preceduta da una prova preliminare: ad onta di ciò mi sembra la sua maggiore precisione possa con vantaggio sostituire le formule attuali colle quali si giudica di essa; dall'altra parte — clinicamente parlando — il procedimento ci dà modo di seguire con maggiore precisione l'andamento dei processi reattivi coll'evoluzione clinica della lesione.

NOTE CLINICHE.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
Direttore inc.: prof. G. BERGHINZ.

Il valore del segno del facciale nei bambini della seconda infanzia.

Nota del dott. LEOPOLDO DINO VERONESE, aiuto.

Occupandomi, per incarico del prof. Berghinz, in collaborazione con la dott.ª G. Zadra, assistente nella stessa Clinica, del significato vero e dell'interpretazione che deve essere data ad alcuni sintomi descritti come particolari di talune malattie, e conosciuti con il nome degli Autori che per primi li hanno segnalati, mi colpì la grande frequenza nei bambini dal 5° al 9° anno del segno *cosidetto* di Chwostek, e da circa due anni andiamo praticando osservazioni sistematiche allo scopo di precisare la frequenza del fenomeno, i rapporti tra la sua presenza e la costituzione o le eventuali malattie dei bambini nei quali esso è dimostrabile.

Chwostek senior, già nel 1876 (*Wien. Med. Presse*, 1876) e nel 1878-79 (*Allg. Wien. Med. Zeitung*, 1879) richiamò l'attenzione sul fatto che nella tetania si osserva un aumento della eccitabilità meccanica dei nervi, per cui percuotendo anche leggermente col martello percussorio o con il dito su di essi, si ottengono nei muscoli da essi innervati, delle rapide, talvolta spiccate contrazioni. (Il prof. Berghinz ha fatto osservare che in molti dei bambini che presentano tale fenomeno manca o è tardo il reflesso patellare). Il Weiss, alcuni anni dopo, faceva notare che nei soggetti affetti da tetania, percuotendo sulla guancia, nel punto in cui il nervo facciale si scinde nei suoi rami terminali, costituendo la cosidetta *zampa d'oca*, si provoca una contrazione folgorante, a guizzo, dei muscoli della faccia dal lato corrispondente.

Il sintoma del facciale può esistere da solo, ed anzi frequentemente esiste nella tetania latente, pur non verificandosi il complesso del fenomeno di Chwostek, e cioè la ipereccitabilità meccanica generale dei nervi.

Nel fasc. 32, dell'8 agosto, del giornale *Il Policlinico*, Sez. pratica, leggo una interessante nota del dott. R. Pollitzer sulla *Tubercolosi e sintomo di Chwostek nei bambini*, dalla quale risulta l'importanza diagnostica attribuita dall'autore, come già aveva accennato l'Oppenheim, al fenomeno, nei riguardi della tubercolosi, quando si possa escludere il rachitismo.

Per quello che l'argomento può interessare, mi sembra opportuno far seguire le nostre osservazioni sul fenomeno di Chwostek-Weiss, togliendole dal lavoro in corso.

La presenza del fenomeno nella tetania palese è costante e indiscutibile.

Nella tetania latente esso è frequentemente unico segno dimostrabile, oltre alla reazione di Erb.

Nella rachitide è frequente a riscontrarsi quale espressione di concomitante tetania latente (per la nostra Scuola rachitide e spasmofilia riconoscono una unica etiologia).

È presente pure in molti bambini che non dimostrano segni di rachitide, non hanno dimostrato e non dimostrano segni *palesi* di tetania.

Secondo il dott. Pollitzer, in questi ultimi bambini il fenomeno del facciale « assume un'importanza diagnostica; la constatazione di esso deve far pensare alla possibilità dell'infezione tubercolare ».

Riassumo brevemente dalle note cliniche raccolte nel biennio 1919-20 e 1920-21 (Anni accademici), i risultati ai quali siamo pervenuti nelle nostre osservazioni:

Ricercammo il sintoma del facciale su molte centinaia di bambini dai 5 ai 9 anni, approfittando dei ricoverati e degli ambulanti della clinica; trovo elencati 413 bambini, con 86 aventi il sintoma positivo, pari al 21 %.

In 49 bambini con segni di pregresso rachitismo il sintoma del facciale fu riscontrato presente 14 volte (28.5 %); nessuno di tali bambini aveva altre manifestazioni di tetania attuale.

Su 41 bambini affetti sicuramente da tubercolosi (ghiandolare, ossea, peritoneale, polmonare) il sintoma era evidente in 9 (21.8 %); alcuni di questi avevano però segni di pregressa rachitide, o nella loro anamnesi erano precisabili fatti di spasmofilia nella prima infanzia, al pari dei 27 tubercolosi sospetti per costituzione ed ereditarietà, nei quali fu dimostrabile 5 volte (18.5 %).

In 40 i quali non presentavano segni di rachitide, nè altri sintomi di tetania attuale, nè per anamnesi nè per fatti personali potevano essere sospettati di tubercolosi, il fenomeno era presente 56 volte (23.7 %).

Di questi in 23 casi si potè dimostrare presente anche nella madre, e in due casi esso era presente nel bambino, nella madre e nelle rispettive nonne, sessantaquattrenne l'una, settantenne l'altra.

Anamnesticamente, ho potuto appurare che in molti dei 56 bambini di cui sopra, era stata presente nel primo anno di vita una spasmofilia manifesta (nella maggior parte laringo-

spasmo); essi erano dunque nel momento della ricerca, con grande probabilità affetti da tetania latente. Infatti, per noi che riteniamo tetania e rachitide etiologicamente strettamente legate, ma che l'una possa esistere senza i segni dell'altra, il numero degli affetti da tetania latente, come il prof. Berghinz ci insegna, è di gran lunga superiore a quello che generalmente si crede.

Gli altri in gran parte appartenevano a famiglie con tare neuropatiche, nelle quali era esistita palesemente la spasmofilia nell'infanzia, nella madre o nel padre, e in taluni si è potuta scoprire nell'anamnesi dei nonni attraverso ai ricordi trasmessi, dalla prima infanzia; o esisteva l'isterismo, e in un caso l'epilessia nel padre.

Anamnesticamente, in alcuni di questi bambini con sintoma di Weiss positivo, si potè appurare l'esistenza di fatti uricemici in uno o in entrambi i genitori, anzi recentemente la nostra attenzione è stata attratta dalla frequenza di questo fatto.

In 27 bambini osservammo durante la febbre la comparsa del fenomeno che normalmente non esisteva.

Concludendo questa breve nota, possiamo dire che dalla nostra osservazione ci siamo formato il convincimento:

1° Che, come la generalità degli Autori afferma, il fenomeno di Chwostek-Weiss, oltre che nella tetania palese (attuale o in atto), si riscontri con maggior frequenza nei bambini affetti da rachitide, e questo per le ragioni già esposte (tetania latente).

2° Che nella maggioranza dei casi nei quali non esistono note evidenti di rachitide, esso sia pure esponente di una tetania latente.

3° Che possano determinarlo tutte le cause che rendono ipereccitabile il sistema nervoso, sieno queste costituzionali, organiche o tossiche (rarissimo nella epilessia).

4° Che tra le forme costituzionali sia da dare maggior valore alle neuropatie d'origine famigliare e all'uricemia (i limiti netti in tal caso tra forma costituzionale e origine tossica non sono ben definibili).

5° Che le cause tossiche possono essere della più svariata natura, dalle infezioni più gravi al semplice fatto febbrile, e che perciò il sintoma di Chwostek-Weiss non possa avere particolare valore diagnostico di una determinata infezione, e cioè di tubercolosi, sia anche perchè la tubercolosi così diffusa nel bambino, si ha e nel normale e nello spasmofilitico latente.

Padova, 9 agosto 1921.

DALLA PRATICA, PER LA PRATICA

OSPEDALE CIVILE DI CLUSONE (BERGAMO).

I criteri che regolano la cura medica e l'intervento chirurgico in alcuni casi di patologia addominale (*)

L'ulcera gastro-duodenale

per il dott. P. GILBERTI, chirurgo dirigente.

Si può dire che quanto si riferisce all'etiologia, all'anatomia ed al decorso dell'ulcera gastrica vale anche per quella duodenale e giacchè è dogma terapeutico che ogni cura debba avere di mira di rimuovere direttamente i fatti causali, diremo che anche a riguardo del trattamento curativo havvi comunità di mezzi. Le due forme sono infatti così affini che anche a riguardo della loro frequenza le statistiche moderne hanno stabilito che fra di esse non esiste quella differenza di percentuale numerica che prima d'ora risultava di uno a novanta (1:90) della duodenale sulla gastrica.

I fratelli Mayo in una comunicazione alla Società Americana di chirurgia hanno dimostrato che l'ulcera duodenale suol presentarsi con frequenza pari a quella gastrica. Non è il caso che qui si espongano le singole statistiche che variano assai specialmente fra gli autori anglo-americani e gli altri italiani, francesi, tedeschi. A noi basta sapere che l'ulcera duodenale sebbene in Inghilterra ed in America si presenti con maggior frequenza è anche in realtà più conosciuta. Dicono Ricard e Pauchet che l'ulcera duodenale è di sovente presso di noi misconosciuta per cui essa è più frequente di quanto si crede. Forse sono sfuggite in molte autopsie i reliquati di antiche ulceri duodenali passate spontaneamente a completa guarigione, reliquati non rilevabili ad occhio nudo e che il Codmann principalmente, metodicamente investigando, ha potuto invece mettere in rilievo in duodeni apparentemente sani.

Anche la sintomatologia è pressochè uguale. Vi sono dei fenomeni clinici che sono comuni ad entrambe le forme: dolore spontaneo ed alla pressione per quanto la sede si sposti più verso la parasternale nella forma duodenale. Esso però, in entrambe le forme, è legato al periodo dei pasti, sebbene per ragioni ovvie per l'ulcera gastrica si manifesti più presto che per l'ulcera duodenale nel qual caso è detto appunto *dolore tardivo*. Il vomito manca ordinariamente nell'ulcera duodenale, così pure mancano gli altri fenomeni gastrici, quali l'inappetenza, la pirosi, ecc.; mentre entrambe le forme vengono rilevate e conosciute in occasione di una complicanza; l'emorragia,

(*) Vedi fascicoli 20, 23 e 33.

la perforazione, la stenosi, e non per i sintomi in sè stessi, poichè il quadro clinico può essere oltremodo vario. Esso infatti è troppo legato a certi fatti speciali di profondità, di sede, di estensione dell'ulcerazione ed alle complicanze infiammatorie che sogliono accompagnarsi.

Comunque abbiamo visto come vi sia una certa comunità di sintomi, perciò ecco così giustificata la riunione dei due argomenti in un sol capitolo, su cui è poi superfluo esporre i concetti che ci guidano nella scelta della trattazione pratica di esso alla quale è informata la serie dei contributi che stiamo completando; l'ulcera cioè nella sua fase di cronicità, quella così detta peptica o rotonda.

***

Ciò che più ci interessa è sempre la cura ed il momento più opportuno per la scelta dell'operazione.

È questo un problema ancora incerto, perchè le difficoltà che si parano dinnanzi al pratico non sono lievi. Per quanto gli anglo-americani affermino che il diagnostico di queste forme può essere sicuramente posto prima dell'intervento e che la semeiologia dell'ulcera è singolarmente caratteristica, havvi purtroppo in realtà uno svolgimento polimorfo dei sintomi che spesso può ingannare, specialmente per la forma duodenale.

E così sono facili quegli errori di diagnosi che vengono tanto frequentemente corretti sul tavolo operativo.

L'inganno del diagnostico è poi tanto più facile in quanto si aggiungono tutte quelle lacune che si mantengono tuttavia aperte sulla conoscenza patogenetica ed eziologica di questa entità morbosa di ancora non ben definita interpretazione fisio-patologica. Chi non potrebbe infatti comprendere l'importanza di queste cognizioni la cui conoscenza sarebbe la via aperta alla più razionale cura medica e chirurgica, nonchè alla profilassi perfino a quella postoperativa, profilassi che deve essere di massima importanza quando si tenga conto che un'ulcera duodenale può verificarsi proprio in quanto è stata fatta una gastroenterostomosi per curare la stessa ulcera dello stomaco?

Alcuni medici internisti si mantengono ostinati ed esclusivisti propugnatori della cura medica; d'altra parte alcuni chirurgi spinti da un falso entusiasmo ripongono nel bisturi l'unico mezzo di diagnosi e di cura. Fra queste due opposte tendenze vi è quella via di mezzo che come in tutte le cose è sempre circondata dalla virtuosa ed aurea praticità.

Havvi cioè quella scuola pratica che rifuggendo da malsani preconcetti ed affidandosi caso per caso al giusto ragionamento, unisce le risorse terapeutiche del medico con quelle del chirurgo. Chiama cioè a vicendevole aiuto l'arte dell'uno e dell'altro onde ne riesce un lavoro di logica cooperazione a cui si tende in modo speciale oggi che la terapia vera e razionale deve avere per base l'indirizzo medico e quello giustificato dall''enorme progresso chirurgico. Quali sono gli scopi della cura dell'ulcera gastroduodenale?

Sono principalmente 3, ed il Beati nel suo pregevole e completo lavoro sull'argomento li espone nel modo seguente:

1° Combattere le cause ritenute probabili fattori dell'ulcerazione;

2° Mantenere il duodeno in condizioni di assoluto riposo onde permettere la cicatrizzazione della lesione;

3° Sopprimere i riflessi spasmodici del piloro, abolendo l'ipersecrezione e la stasi.

A questi intenti convergono infatti le due terapie: la medica e la chirurgica.

Dice il Loewy (*Presse médicale*, 1921) che a qualcuno sembrerà fuor di luogo parlare di un trattamento medico dell'ulcera gastroduodenale oggi che questa malattia sembra di pertinenza quasi esclusivamente chirurgica. Ma anche due chirurgi di altissimo valore — Berkeley Moynihau e Ch. Mayo — a proposito della cura interna, almeno in certi casi, si sono espressi in modo piuttosto favorevole.

Sippy, dopo un'esperienza di 12 anni su mille pazienti scriveva: *io sono convinto che la maggior parte dei casi di ulcera g. d. che si curano chirurgicamente, possono essere ben trattati anche con una terapia medica.*

Posto il problema in termini più espliciti la questione è assai semplice. Qualunque sia la causa di una ulcerazione g. d. la sua permanenza ed il passaggio allo stato cronico sono dovute all'azione della pepsina in presenza d'un acido libero.

La pepsina è praticamente inerte in ambiente alcalino o neutro ed è egualmente inattiva in presenza di acidi combinati.

Ne viene dunque di conseguenza che la cura medica deve tendere a togliere di mezzo quei vari stati di ordine prevalentemente tossico e discrasico che secondo le teorie patogenetiche possono produrre dei processi ulcerativi, migliorando e guarendo l'ulcera col neutralizzare e mantenere neutro il contenuto gastrico per tutto il tempo che gli alimenti sono mantenuti nello stomaco; col diminuire la secrezione pur conservando lo stato di nutrizio-

ne del malato mediante un'alimentazione sufficiente.

Hanno dunque valore i mezzi dietetici e quelli medicamentosi.

Non è il caso che io qui mi dilunghi ad esporre la condotta del medico per l'applicazione degli uni o degli altri poichè dai clisteri nutritivi che hanno lo scopo di lasciare in assoluto riposo lo stomaco ed il duodeno rispettive sedi dell'ulcerazione, degli alcalini allo svuotamento delle secrezioni gastriche, si trova ogni notizia in proposito nei trattati che più specialmente si occupano delle cure delle malattie gastro-intestinali. D'altra parte questo nostro modestissimo studio critico è rivolto al medico pratico il quale ha precisamente per caratteristica della sua professione la speciale conoscenza dei mezzi terapeutici e delle loro più ordinarie applicazioni.

* * *

La cura interna dell'ulcera gastroduodenale è oggidì descritta in modo così razionale che persuade assai, soltanto che havvi anche per questa certi risultati che si mantengono brillanti solo per breve tempo, sono miglioramenti e successi momentanei che durano pochi mesi, quindi il giudizio sulla efficacia della terapia interna deve essere ancora prudente e riservato: è cioè giustificato ancora, nonostante l'asserto degli internisti consolidato dai chirurgi sopra citati, l'intervento chirurgico in un numero di casi superiore a quello che le speranze degli internisti avrebbero potuto far giudicare.

Vediamo piuttosto quando si deve domandare alla chirurgia ciò che la medicina non ha potuto dare.

* * *

Il trattamento chirurgico trae la sua indicazione dalla deficienza della cura interna ed esso è tanto più razionale e radicale in quanto talvolta si aggredisce il focolaio morboso estirpandolo.

Riguardo al momento di intervenire chirurgicamente vi sono diversi pareri.

Havvi un gruppo di interventisti *precoci* che fanno capo al Tuffier e che chiameremo *profilattici*.

Havvi un gruppo di interventisti che opererebbero solo dopo che la terapia interna è stata senza vantaggio esaurita.

Essi farebbero capo ad un internista, lo Ewald, e noi li chiameremmo *necessari*.

Havvi finalmente un ultimo gruppo di interventisti che agirebbero solo dopo ripetute recidive che farebbero capo allo Smith e che noi chiameremmo *tardivi*.

Considerando le cose sotto il punto di vista più pratico noi dobbiamo ricordare che l'operazione chirurgica con tutti i suoi pericoli avrà tanto più valore quanto più lungo sarà il fluido di benessere che noi possiamo procurare al paziente quando esperiti tutti i mezzi medici l'ammalato rimane più o meno nelle stesse condizioni di sofferenza e di dolore.

Noi che trattando dell'appendicectomia nel capitolo precedente abbiamo esposta l'idea pratica di intervenire nei casi più ordinari quando si sia già presentato qualche accesso, a proposito dell'ulcera gastroduodenale non possiamo che accettare e seguire l'idea di uno dei più grandi chirurghi moderni, il Maynilan, il quale consiglia di aspettare la ricomparsa di qualche attacco, sottoponendo nel frattempo il paziente ad un trattamento interno. Vediamo così praticamente e logicamente riunite le due terapie, medica e chirurgica, in quel comune accordo dal quale suol trarre l'esito più brillante e duraturo della cura dell'ulcera gastroduodenale, esito fondato sulla preparazione medica e sullo studio del caso a mezzo di quella vicendevole collaborazione medico-chirurgica di cui in ogni capitolo abbiamo voluto far risaltare l'alto valore pratico. In linea generale dunque data la natura della malattia e l'indole di essa, tale cioè che noi ci troviamo ordinariamente di fronte alle ulcere complicate quando il tempo e la trascuranza le hanno invecchiate, in linea generale si deve innanzi tutto curare intensivamente l'ammalato; insistere cioè presso di lui perchè esso segua i consigli del medico, non si perda di coraggio per la lunghezza della cura, e sia pronto a lasciarsi operare qualora non vi siano miglioramenti, oppure dopo alcuni periodi di apparente benessere recidivano i sintomi, senza però permettere che le recidive si moltiplichino se l'arte del chirurgo deve sortire l'esito lusinghiero che sempre è fine e scopo dell'operazione.

Non è quindi lecito segnare un limite alla cura medica, un limite che sia netto, schematico come avrebbe voluto lo Smith il quale aspetta a giudicare insufficiente un trattamento medico quando vi siano state 7 recidive e l'ammalato conti più di 30 anni di età. È certamente più logico seguire le condizioni speciali del caso.

Ed ora ci sia lecito di aprire una breve parentesi sulla scelta del metodo chirurgico più razionale poichè havvi ancora un dubbio a riguardo della scelta fra la piloroplastica, la gastroenterostomia e la gastroduodenostomia.

In pratica le opinioni sono ancora oggi molto diverse.

Il metodo più semplice e che a prima vista sembrerebbe il più razionale è quello che consiste nell'escisione dell'ulcerazione: ma la pratica insegna che mentre non è molto semplice non è neppure metodo del tutto radicale in quanto non è detto che nel punto operato o lì vicino non si insedii un nuovo processo ulcerativo in breve volger di tempo, nè si ottiene una delle condizioni speciali dello stomaco per la guarigione dell'ulcera: cioè lo svuotamento sufficiente e rapido di esso; condizione questa che in realtà è vantaggiosissima senza che se ne possano stabilire esattamente le ragioni, non conoscendo ancora i rapporti tra iperacidità, ulcera e spasmo del piloro.

Contro l'uso della gastroduodenostomia si è rimproverato il torto che lo stomaco non acquista un completo stato di riposo pure elemento necessario per la riparazione dell'ulcera.

Contro la gastroenterostomosi metodicamente usata sta oltre i soliti inconvenienti generici a tutti noti il fatto che recentemente sono aumentate le osservazioni di ulceri peptiche post-operative del digiuno.

Fisiologicamente pare che abbia maggior valore la piloroplastica. Infatti il Kausch riassume le sue argomentazioni terapeutiche nel modo seguente:

«*In ogni caso di operazione di un'ulcera gastrica io esamino sempre dapprima se sia indicata la piloroplastica; se essa non lo è per lo più sarà almeno praticabile la gastroduodenostomia: pongo sempre ultima la gastroenterostomosi posteriore procurando di tenere l'ansa più corta possibile*».

***

Ritornando ora all'indole del nostro studio è d'uopo concludere che tocca al medico giudicare sul decorso della malattia dalla minaccia delle complicazioni; dalle condizioni del malato, e se è o meno lecito e conveniente dilungarsi nella cura medica.

Se l'equilibrio creato dalla cura medica tende a dimostrare una certa instabilità.

Se una causa lieve può bastare a creare nuove crisi, nuovi dolori, nuove emorragie, o il deperimento del malato riappare, allora dovrà prender parte alla cura anche il chirurgo, o quanto meno dovrà entrare a guidare ed a sorvegliare l'ammalato in attesa di un eventuale probabile atto operativo. E il trattamento operativo, qualunque esso sia a scelta del chirurgo, avrà tanto maggiore efficacia e probabilità di successo quanto migliori saranno le condizioni del paziente.

Ormai le indicazioni del resto si sono notevolmente allargate, in parte per semplicità e perfezionamento della tecnica operativa, ma principalmente perchè la cura chirurgica delle complicanze riesce efficace anche sulla guarigione dell'ulcera stessa.

Nel nostro studio non abbiamo neppure accennato alle diverse forme di ulcere poichè siamo stati attaccati ad una trattazione generica dell'argomento, esclusivamente considerato nei riguardi curativi generali.

Pur tuttavia per la praticità del nostro studio e prima di concludere dobbiamo almeno esporre la classificazione più comunemente adottata delle ulceri gastro-duodenali, classifica alla quale corrisponde la linea di condotta del medico di fronte alle eventualità di allearsi un chirurgo.

L'ulcera g. d. è semplice e complicata.

L'ulcerazione semplice diventa complicata:

per perforazione;
per stenosi;
per emorragie;
per aderenze.

Senza bisogno di speciali argomentazioni in questi casi la cura interna non può essere di alcun vantaggio; qui il dominio è esclusivamente della chirurgia. L'operazione in tutti questi casi trova la sua più razionale indicazione poichè è affatto inutile che il medico cerchi di insistere nella terapia interna mediante la quale non fa che perdere del tempo utile affinchè l'atto operativo che dovrà o presto o tardi essere eseguito dia l'esito desiderato. Non è quindi in questi casi che si deve restare titubanti sul consegnare l'ammalato al chirurgo.

Rimane piuttosto discutibile quel gruppo di casi nei quali non esiste alcuna complicanza che mette in pericolo la vita e sui quali è lecito, anzi doveroso da parte del medico l'attesa, sia per esperire completamente la cura interna, sia per osservarne e studiarne le recidive dopo le quali potrà decidere con animo più sereno e tranquillo di comune accordo col chirurgo l'intervento radicale operativo.

Sarà però bene che in questi casi vengano tenute presenti le condizioni sociali del malato poichè a seconda che egli può o meno godere di una vita quieta fra i comodi dell'agiatezza o è invece costretto al diuturno lavoro dell'officina o dei campi, muteranno le indicazioni per l'intervento.

Perciò volendo concludere in senso del tutto categorico sarebbe bene che il medico pratico si attenesse ai dettami del Kausch:

L'ulcera g. d. recente non complicata è di spettanza del medico. È pure del medico anche

quella che sanguina purchè recente, però in questo caso il chirurgo deve essere avvisato perchè può rendersi urgente l'intervento.

Tutte le altre ulceri, quelle così dette complicate, sono di spettanza chirurgica.

Le ulceri croniche non complicate che non costituiscono pericolo di vita pur rendendo l'esistenza difficile ed infelice a seconda delle condizioni sociali del medico internista dovranno essere o meno trattate operativamente.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

La cefalea per ingorgo linfatico.

(L. ALQUIER. *Revue neurol.*, maggio 1921).

È la cefalea dell'artritismo e dell'intossicazione epatodigestiva. Discontinua, parossistica, d'intensità e sede variabile, è sempre accompagnata da ipertensione dei muscoli laterali e posteriori del collo. Cefalea e ipertensione muscolare sono in stretto rapporto con l'ingorgo linfatico, caratterizzato specialmente dalle infiltrazioni, indurazioni e nodosità della cellulite cosiddetta artritica o reumatica. La palpazione della regione posterolaterale del collo mette in evidenza dei punti dolenti, la compresione dei quali risveglia il dolore con le sue più lontane irradiazioni.

La frequenza delle crisi varia da un soggetto all'altro: ricorrono ogni mese (cefalee mestruali), ogni settimana, ogni giorno, più volte al giorno: sono provocate dalla fatica, specialmente dei muscoli del collo e del cinto scapolotoracico, da ogni altra causa di congestione cefalica, come il vento o i cambiamenti bruschi di temperatura, e sopratutto dalle variazioni dell'autointossicazione, onde spesso compaiono al risveglio, diminuiscono subito dopo i pasti, e ricompaiono qualche ora dopo. Le variazioni della cefalea presentano un notevole parallelismo con le variazioni dei piccoli segni dell'intossicazione epatodigestiva, anche se ignorati dal malato

L'intensità è mediocre, ma a momenti è violenta. La sede può variare da un accesso all'altro. Spesso invade il territorio cutaneo dei nervi occipitali (cefalea nucale dei neurastenici), o quello dell'auricolare posteriore: può essere peri- o retroorbitaria, o diffusa ai lati e al vertice del cranio, senza sovrapporsi ai territori sensitivi cutanei. Sono frequenti le vertigini e la nausea, provocate da certi movimenti del collo, che mettono in tensione i muscoli ipertesi. Talora sono accusati disturbi oculari, senza reperto oftalmoscopico. Vertigini, turbe visive, rigidità della nuca non bastano per porre diagnosi di meningite: la cefalea da ingorgo linfatico non ha i caratteri della vera emicrania oftalmica; l'assenza del dolore a colpi di ariete sotto gli sforzi e la tosse, e l'assenza di segni oftalmoscopici escludono l'ipertensione intracranica.

L'ingorgo linfatico dà cefalea solo se occupa le regioni posterolaterali del collo: nelle regioni anteriori dà invece congestione faringo-laringea, con voce penosa, coperta, debole, bitonale, e sforzi di tosse incoercibile.

Nelle adeniti si possono avere ghiandole enormi senza cefalea, nell'ingorgo i gangli sono piccoli, duri, raggrinzati. Caratteristica dell'ingorgo è la cellulite, con indurazione muscolare, sopratutto a livello delle inserzioni, dove spesso si nascondono le nodosità crepitanti sotto il dito e dolenti alla pressione. I punti algogeni sono spesso sul tragitto di branche nervose, ma possono essere, non di rado, zone più larghe, corrispondenti alla diffusione della cellulite. Punti dolenti si trovano lungo le suture, ma molto più importanti sono quelli delle inserzioni muscolari della nuca e delle apofisi trasverse. Secondo Thomas non è senza importanza nella produzione della cefalea il filuzzo simpatico che accompagna l'arteria vertebrale.

Solo la cellulite profonda dà cefalea; la superficiale può anche mancare. Talora manca la cefalea con un collo rigido e indurato, talora invece poche nodosità sono cagione di gravi sofferenze: il dolore varia secondo che l'ingorgo è o no congestionato, onde si spiega l'intermittenza degli accessi e l'azione delle cause provocatrici. L'impastamento edematoso della parte alta della nuca per stasi linfatica non è congestione: questa consiste nella tumefazione di ogni nodosità presa isolatamente. Per la cura non basta il massagio dei punti affetti da cellulite: ciò esacerba talvolta il dolore. È bene associarvi la fototerapia, o il calore oscuro e la darsonvalizzazione locale. Si deve far migrare la cellulite nel senso della corrente linfatica, d'alto in basso, liberando prima le zone inferiori. Ma l'ingorgo si riprodurrà se ne persiste la causa; esso sarebbe dovuto, secondo Feuillée, alla crisi leucoclasica determinata da certi veleni, forse identica all'emoclasia digestiva di Widal, Abrami, e Jancovesco, per alterazione del potere proteopessico del fegato: pertanto occorre combattere la intossicazione epatodigestiva.

DORIA.

CHIRURGIA.

Nuovi punti d'appoggio chirurgico nelle lussazioni vere da coxite.

(MARAGLIANO D. *La Chir. degli org. di mov.*, f. 2, aprile 1921).

Il problema terapeutico della lussazione irriducibile dell'anca non è ancora risolto ed è più difficile per quella di natura tubercolare.

A questo proposito sono da distinguersi le *lussazioni false* in cui si ha una migrazione del cotile per erosione e in cui non è perduto il contatto fra i due capi articolari, e le *lussazioni vere* in cui detto contatto è perduto per lesione primitiva dei legamenti e della capsula.

In questi ultimi casi quando il processo coxitico è guarito e la riduzione, come d'ordinario, non è stata possibile, residua una deformità di difficilissima cura.

In questi casi, come nella lussazione in genere, gli infermi zoppicano: 1° per accorciamento dell'arto; 2° per deficiente azione dei muscoli dell'anca per alterazione d'inserzione; 3° per mancanza di punto d'appoggio osseo sul bacino; 4° per spostamento indietro e all'esterno del capo femorale, che importa una anormalità nel suo rapporto con l'asse di gravità.

A scopo di cura si è ricorso a numerosi apparecchi ortopedici fissatori dell'anca, i quali sono di scarsa efficacia e difficilmente poi abolibili. Con miglior risultato si è usato l'intervento chirurgico, che consiste nella decapitazione del femore e appoggio del collo al cotile.

Ma questo intervento aggrava il disturbo di accrescimento, è seguito da una progressiva adduzione dell'arto e può svegliare focolai tubercolari obsoleti del cotile.

Per ovviare a questi inconvenienti l'A. ha proceduto a cura mediante trapianti ossei di stecche di tibia appuntati tra bacino e femore in modo da fissare e da scaricare i due capi articolari dell'anca.

In un primo caso, in cui il processo non era ancora spento, previa incisione longitudinale, in maniera da scoprire l'ileo sotto la cresta e il collo anatomico del femore, ha praticato nel primo una doccia, nel secondo un foro: a questi ha appuntato la stecca della tibia e la ha ricoperta poi con le grandi masse muscolari. L'infermo è guarito della coxite fin dal 1914 e può ben camminare fin da 70 giorni dopo l'intervento.

Però l'A. stesso rileva che l'impianto femorale può non cadere su tessuto sano, che si ha notevole emorragia dell'osso e che si produce un certo grado di adduzione.

Per ciò in un secondo caso ha disposto diversamente la stecca (anche in questo c'era processo flogistico in atto) e cioè: previa incisione sulla faccia interna della coscia, terzo sup., fino all'osso e scavamento d'una nicchia in esso e incisione dalla tuberosità ischiatica alla prima incisione e sgorbiamento d'una nicchia nella tuberosità, ha disposto una stecca della tibia, presa con periostio e midollo, dall'una nicchia femorale all'altra ischiatica suturandola con punto metallico a questa soltanto.

L'infermo, guarito dal processo coxitico, dopo 5 mesi fu in grado di camminare senza nessun sostegno e oggi si muove con disturbo notevolmente corretto mentre la coscia può compiere una certa (35°) flessione ed estensione per una pseudoartrosi formatasi all'estremo ischiatico.

La stecca in entrambi i casi si è notevolmente ispessita: ciò dimostra da una parte la sua funzione, dall'altra dà esempio di costituzione d'un nuovo segmento dello scheletro, il quale, trovandosi fra tessuti non capaci di osteogenesi, è capace di accrescersi in tutte le direzioni a sue spese.

L'A. infine rileva i vantaggi di questo metodo su quello della decapitazione:

1° perchè riduce al minimo le sofferenze postoperatorie, ottenendosi in 8 giorni la guarigione della ferita;

2° perchè si evita un ulteriore accorciamento dell'arto;

3° perchè si ottiene un arto sicuramente portante;

4° perchè si ottiene la guarigione del processo flogistico e nel contempo si eliminano i disturbi deambulatorii della lussazione dell'anca più agevolmente e in grado maggiore che con la decapitazione femorale.

G. s. S.

DERMATOLOGIA.

I casi di morte nella terapia salvarsanica.

(SUSSIG. *Medizinische klinik*, n. 36, 1921).

I casi numerosi ormai di encefalite emorragica da Salvarsan descritti, sono in generale dagli autori attribuiti ad una azione nociva del farmaco sul sistema nervoso centrale con meccanismo diretto e indiretto. Direttamente sarebbero i derivati del Salvarsan, l'arsenico e il benzolo, i colpevoli di produrre, alcuni giorni dopo l'iniezione, i sintomi cerebrali e il quadro anatomopatologico della intossicazione arsenicale. «Manifestazioni arsenotos-

siche » le chiama il Dreyfus e le ascrive a negligenza di controindicazioni.

Indirettamente agirebbe il Salvarsan sul sistema nervoso per l'azione nociva che sui vasi avrebbero i veleni resi liberi dalla distruzione dei microrganismi della sifilide.

« Reazione spirillotossica », secondo il Dreyfus.

Recentemente Stoeckenius sulla base di osservazioni anatomopatologiche, ha osservato che il Salvarsan, nei casi di lue poco manifesta, determinerebbe lo svolgersi di una reazione infiammatoria acuta specifica con la produzione di infiltrati perivasali, specie linfocitari, intorno ai piccolissimi vasi.

L'A. riferisce il caso di un'inferma trentenne venuta a morte in seguito a una iniezione di gr. 0,30 di neosalvarsan, praticata dopo due iniezioni, rispettivamente di 0,10 e 0,15, a quattro giorni d'intervallo. Si trattava di una donna che aveva da pochi mesi sofferto di una grave poliartrite reumatica e di eresipela recidivante, aveva avuto aborti ripetuti, era solo da qualche giorno guarita da un nuovo attacco di eresipela con grave streptococcemia. Aveva R. W. positiva.

L'iniezione di gr. 0,30 di neosalvarsan provocò, subito dopo, brividi intensi, febbre a 40°.2, vomito, rigidità della nuca, miosi intensa, deviazione a destra dei bulbi oculari, coma. E cinque giorni dopo l'ammalata moriva con una progressiva sintomatologia cerebrale. Il reperto necroscopico fu quello di una encefalite emorragica con numerosissime emorragie puntiformi in tutta la sostanza bianca e nei corpi striati.

Ma l'autopsia mise inoltre in evidenza i segni di una infezione generale con un'endocardite verrucosa e una glomerulo-nefrite acuta — dalla milza si otteneva la cultura di uno streptococco non emolitico — e gli esiti di una polisierosite da non legarsi — secondo l'autore — alla lues.

Nel cervello e negli altri organi non si rinvennero spirochete e la ricerca dell'arsenico nel fegato fu negativa.

L'A. illustra i reperti macroscopici con minute osservazioni istopatologiche.

Di fronte a un caso clinico così complesso, l'A. si dibatte per spiegare il determinismo di questo caso di morte da attribuirsi al neosalvarsan, senza riuscire a pronunciarsi se abbia prevalso una reazione spirillotossica nel senso di Dreyfus o una reazione infiammatoria acuta nel senso di Stoeckenius o se l'infezione streptococcica sia stata importante concausa. Certo è per lui che il salvarsan determinò la encefalite mentre la glomerulonefrite esistente non aveva l'aspetto anatomopatologico di una lesione luetica, bensì doveva — dice l'A. — ascriversi all'infezione da streptococco. E ad ogni modo su di un rene così precedentemente leso avrà potuto agire il salvarsan in modo deleterio.

CESARE DUCREY.

MEDICINA SOCIALE.

Il problema sociale delle cardiopatie.

In America esso può essere considerato, nota L. Dublin (*N. Y. Med. Jour.*, CXI-15) quasi della stessa importanza che quello della tubercolosi: dell'una e dell'altra malattia vi sono circa 2 milioni di malati negli Stati Uniti e, tanto dell'una che dell'altra muoiono approssimativamente 150.000 persone all'anno. Ma mentre la tubercolosi è stata affrontata con grande ricchezza di mezzi e con notevole risultato (in 30 anni la mortalità è stata ridotta di circa un terzo) poco o nulla si è fatto contro le cardiopatie.

Quanto sopra risulta concordemente da vari dati: circa il 2% dei soggetti esaminati dalle compagnie di assicurazione sono annualmente rifiutati per vizi cardiaci organici; cifre analoghe dànno i risultati di esami medici fra i lavoratori a New York e a Cincinnati; alle visite mediche del corpo sanitario militare il 2.6% delle reclute sono riformate per vizi cardiaci; all'esame dei bambini delle scuole di New York l'1 - $1^1/_2$ - 2% sono stati trovati affetti da importanti vizi cardiaci: possiamo dunque concludere che circa il 2 % della popolazione, vale a dire circa due milioni di abitanti degli Stati Uniti soffrono di cardiopatie.

D'altra parte la presenza di cardiopatie abbrevia notevolmente la longevità: dalle statistiche di compagnie di assicurazione sulla vita, dei soggetti che presentavano insufficienza mitralica, ben compensata (e quindi il vizio forse il più benigno e nelle migliori condizioni) al momento della loro assicurazione, ebbero poi una mortalità dal 50 al 100% in più del normale delle persone della loro età rispettive.

Data questa grande frequennza delle cardiopatie e dati i gravi effetti di queste sulla longevità, non sorprende il trovare delle alte cifre di mortalità per malattie di cuore. Nel 1917 le cardiopatie organiche risultano essere le prime fra le cause di morte con una proporzione del 153,1 per 100.000; nel 1918, l'anno dell'epidemia, la proporzione fu di 152,3, seconda solamente a quella della polmonite e influenza. Se le cardiopatie hanno raggiunto fra le cause di morte questo funesto primato, ciò è dovuto al fatto che la mortalità per malattia di cuore

si è mantenuta sempre alta mentre quella per tubercolosi ha notevolmente declinato.

La mortalità per cardiopatia varia considerevolmente con l'età essendo più alta nell'età avanzata. Ma non deve ritenersi che le morti per malattie di cuore siano rare anche nell'età precoce: sotto i 25 anni esse raggiungono la stessa frequenza che le morti per febbre tifoide; fra i 25 e i 34 anni esse hanno una percentuale uguale a quella della polmonite; fra 35 e 44 a quella del morbo di Bright; e dopo i 45 anni la mortalità per cardiopatia è più alta che per qualunque altra causa di morte. Altre statistiche interessanti riguardano la mortalità per malattie di cuore in rapporto al sesso: quasi senza eccezione fino ai 20-24 anni essa è maggiore nelle donne, ma dopo questo periodo avviene l'opposto. Ne consegue quindi che la cardiopatia viene a colpire i capi di famiglia e produttori di lavoro, spesso dopo lunghi periodi di malattia, con conseguenze economiche e sociali che non possono risultare dalle nude cifre della statistica.

Si può quindi concludere che le malattie di cuore costituiscono un problema di salute pubblica altrettanto importante quanto quello della tubercolosi e che attende lo sforzo combinato di governi, municipi e privati.

La vecchia organizzazione dell'igiene pubblica indirizzata al risanamento dell'ambiente, deve essere integrata da tentativi diretti al miglioramento dello stato fisico dell'individuo. Specialmente promettente è lo sviluppo degli esami fisici annuali di bambini e giovani adulti: in molti casi questi sveleranno delle lesioni cardiache incipienti che l'istruzione o il trattamento potranno far abolire o almeno controllare.

SEBASTIANI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

L. R. MÜLLER. *Das vegetative Nervensystem.* Verlag von Julius. Springer, Berlin, 1920. Mk. 48, rileg. 56.

Questa monografia del Müller, direttore della Policlinica di Würzburg, fatta in collaborazione con Dahl, Glaser, Greving, Renner e Zierl, si può considerare l'ultima parola nel campo dell'anatomia e della fisiologia del sistema vegetativo. Negli ultimi venti anni è stata tale la messe dei fatti nuovi raccolti dal punto di vista istologico, fisiologico e farmacologico del sistema nervoso vegetativo, che era giustificato il raccoglierli in una monografia documentata da ricche ed interessanti illustrazioni.

Naturalmente molti problemi sono appena impostati, ma è merito appunto degli autori di non aver voluto, in base a pochi fatti, portare delle conclusioni avventate come hanno fatto molti che dell'argomento si sono occupati prima di loro.

Dopo un capitolo generale sull'anatomia del sistema nervoso vegetativo ed uno sulla fisiologia, si passa allo studio dei singoli sistemi ed organi. Poi vengono trattate a parte le questioni della sensibilità viscerale e infine viene sottoposto ad un'analisi documentata lo studio della sensazione della fame e della sete.

La monografia va considerata come una solida base per le future ricerche di fisiopatologia in un campo così oscuro e così importante della scienza medica. Essa è corredata di circa 170 figure in gran parte originali.

P. A.

W. STEKEL. *Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung.* Marchi 112. — *Onanie und Homosexualität.* Marchi 80. — *Die Geshlechtskälte der Frau.* Marchi 74. — Editori Urban e Schwarzenberg. Berlino-Vienna.

Sono i primi tre volumi di un'opera poderosa sulla vita sessuale dell'uomo.

La fisiologia e la patologia dell'amore sono trattate con metodo di scienziato, con senso di artista.

Allievo del Freud lo Stekel insiste in quest'opera sulla influenza decisiva della sessualità nella vita degli individui e delle razze e mette in rilievo la decisiva importanza dei disturbi, delle perversioni delle tendenze erotiche come cause determinanti delle neurosi.

I volumi sono ricchi di casistica, di osservazioni e di citazioni. Oltre che un'opera medica è un'opera filosofica e sociale di grande interesse.

DR.

BRADLEY. *The logic of the unconscious mind.* Prezzo scellini 16. Editori Frowde and Stonghton. Londra.

Il libro del Bradley tende a mettere in evidenza la importanza della logica incosciente nella vita degli individui e dei popoli.

La condotta dei singoli, la storia dei popoli e delle razze è diretta da un determinismo, da una concatenazione di cause ed effetti giusta ed armonica anche se questa logica degli atti non affiora nel capo della coscienza dell'uomo.

Ottimi capitoli sono quelli riguardanti l'istinto e l'intuizione, ed il rapporto fra il cosciente e l'incosciente. DR.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PERRONE PIETRO. *Complicazioni otitiche in diabetici.* — Milano, Soc. Ed. Libraria, 1921.

LUSTIG ALESSANDRO. *Gli effetti dei gas asfissianti e lacrimogeni studiati durante la guerra (1916-1918).* — Roma, Stab. Poligr. per l'Amm. della Guerra, 1921.

AMALFITANO GIUSEPPE. *Le iniezioni endovenose ed endoarteriose nella cura della tubercolosi polmonare, della sifilide e di altre malattie infettive.* — Napoli, G. Barca, 1921.

FINIZIO GAETANO. *Relazione sanitaria dell'anno 1920* (Istituto di aiuto materno e di assistenza ai lattanti). — Caserta, Stab. Tip. «La Sociale», 1921.

RUATA GUIDO. *Sulla patogenesi di alcune forme di sifilide nervosa.* — Pesaro, G. Federici, 1921.

PALERMO ANTONINO. *Malaria e bonifiche in Sicilia.* — Palermo, Tip. Sanzo Francesco Di Carlo, 1921.

FEDERICI NICOLINO. *Drenaggio o sutura in certi interventi addominali.* — Milano, Francesco Vallardi, 1921.

TIERI A. *Della estrazione della cateratta in toto e considerazione sull'Erisiphake Barraquer.* — Napoli, Riv. della Stampa medica, 1921.

CORVETTO ANIBAL. *Formas abortivas de la tuberculosis pulmonar.* — Lima, Sammarti e C., 1921.

MUGGIA GIUSEPPE. *Per la lotta contro il gozzo endemico.* — Genova, Tip. G. B. Marsano, 1921.

MENGHETTI S. *Sull'emostasia del rene per trombosi extravasale.* — Firenze, Enrico Ariani, 1921.

BRUSA PIERO. *Gangrena spontanea simmetrica delle mani in bambino di 14 mesi.* — Milano, Soc. Ed. Libraria, 1921.

BRAVETTA EUGENIO. *Sulle placche senili (di Redlich-Fischer).* — Pavia, Tip. Coop., 1921.

ID. *Sulla presenza di spirochete nell'encefalo dei paralitici.* — Pavia, Tip. Coop., 1921.

ABBRUZZETTI ALFONSO. *Sindrome lenticolare e parkinsonismo in encefalite letargica cronica.* — Napoli, F. Sangiovanni e C., 1921.

RÉNON LOUIS. *L'esprit de la médecine française* (Leçon inaugurale). Paris, L. Marétheux, 1921.

SALMON ALBERTO. *Crisi epilettiche d'origine endocrina e crisi epilettiche d'origine corticale.* Napoli, Tip. dello «Studium», 1921.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XI Riunione della Società Italiana per il progresso delle scienze.

Sezione di anatomia, fisiologia e patologia.

Azione biologica e curativa delle radiazioni secondarie ottenute per mezzo della ionoforesi argentica. (Riassunto della conferenza tenuta l'11 settembre 1921).

Prof. F. GHILARDUCCI. — Lo studio delle radiazioni secondarie assurge ad un alto interesse biologico e clinico, purchè il problema s'imperni sulle loro proprietà qualitative e non semplicemente quantitative come si suole universalmente. Nell'azione biologica delle radiazioni la loro qualità ha la stessa importanza della quantità. L'O. rivendica alla sua scuola la priorità di questo concetto (1908-1912-13-14), sul quale si basa la dottrina dell'attività biologica specifica delle radiazioni, secondo la quale la loro azione biologica è funzione della lunghezza d'onda precisamente come le radiazioni luminose.

L'O. rievoca gli argomenti in favore di tale dottrina desumendoli dai suoi lavori sperimentali sullo stomaco del coniglio (1914-1919) principalmente dall'azione antibatterica delle radiazioni secondarie, che l'O. ha dimostrato per il primo (R. Accademia medica di Roma, dicembre 1904, e lavori successivi suoi e del dott. Milani (1919-20-1921), ricorda gli esperimenti suoi e del dott. Milani sugli effetti dei raggi di fluorescenza (eosina ed irradiazione (1912); accenna ai casi di lupus da lui curati nel 1919-20 coi raggi secondari emessi da polveri e lamine metalliche (R. Accademia medica di Roma, dicembre 1919; II Congresso di Radiologia, ottobre 1920); illustra la nuova tecnica da lui ideata proposta (idem, 27 febbraio 1921) per la produzione delle radiazioni secondarie (ionoforesi argentica usando soluzioni di protargolo al 0.50 % associata alla irradiazione), dimostra l'azione antibatterica dell'argento introdotto nelle culture allo stato di ione e come questo sia rinforzato dalle radiazioni secondarie (idem, 24 aprile 1921).

L'O. riferisce sui casi clinici curati durante l'anno corrente col nuovo metodo e presentati in parte alla R. Accademia medica di Roma (25 aprile 1921). L'O. riferisce sugli ottimi resultati ottenuti in un caso di carcinoma ulcerato della guancia e del naso con secrezione fetidissima che volse a rapida guarigione dopo una sola applicazione in 11 casi di epitelioma ulcerato ed in 24 casi di lupus molti dei quali gravissimi e inveterati.

Concludendo l'O. ritiene che dalle sue esperienze sia ben dimostrata la dottrina dell'attività biologica specifica delle radiazioni in quanto concerne la loro azione sui batteri: ulteriori esperimenti da eseguirsi migliorando la tecnica e variando la natura del metallo potranno dimostrare se tale teoria è applicabile agli elementi neoplasici è evidente l'interesse di questi studi destinati ad orientare assai più razionalmente la radioterapia dei tumori: questa è ora limitata fatalmente dalla

radio-sensibilità di alcuni elementi normali (globuli bianchi e globuli rossi), che non consente di raggiungere le dosi di raggi efficaci per il tumore senza grave pericolo per l'infermo.

È evidente che la radioterapia dei tumori maligni darebbe resultati ben più efficaci se potessimo aggredirli con radiazioni specificamente attive per gli elementi neoplasici ed inefficaci sugli elementi normali allo stesso modo che gli elementi retinici sono sensibili sopo per la parete media dello spettro luminoso. Il prof. Ghilarducci ha illustrato la sua conferenza con numerose proiezioni.

S.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 22 luglio 1921.

Sulle placche senili (di Redlich-Fischer).

E. BRAVETTA. — L'O. si intrattiene intorno alla morfologia e alla struttura delle placche senili, quali si possono riscontrare nell'encefalo di dementi senili e presbiofrenici; poi si sofferma a discuterne l'origine e la natura, accettando, in base ai propri reperti, la teoria secondo la quale le placche iniziano sempre da una cellula nervosa.

Di conseguenza opina che quelle alterazioni che, in qualche raro caso, si possono dimostrare nella sostanza bianca delle circonvoluzioni cerebrali, non siano da interpretarsi come placche senili, ma come prodotti di disfacimento in genere.

Prendono parte alla discussione i dottori SALA e BRAVETTA.

Su parecchie forme di rachialgie acute a carattere particolare.

Dott. A. RIDELLA e dott. A. TACCHINI. — Gli OO. riferiscono su una forma epidemica sviluppatasi da pochi mesi nella Brianza, che si manifesta con sintomi dolorosi localizzati alla colonna vertebrale, assumenti caratteri accessuali.

La sintomatologia saliente è rappresentata da dolori spasmodici che insorgono repentinamente alla colonna vertebrale, con prevalenza nel tratto lombo-sacrale e che si irradiano lateralmente lungo le radici spinali del tratto colpito, interessando le pareti dell'addome, con l'apparenza di coliche, ed il bacino con spasmo alla vescica ed al retto e fatti di paraplegia e di iperestesia della regione innervata dal nervo sciatico.

La malattia per lo più è accompagnata da febbre, che può perdurare altissima per parecchi giorni, e che scompare generalmente coll'attenuarsi dei fatti dolorosi.

Talvolta alla sintomatologia rachialgica si associano anche fatti intestinali, e più raramente fatti bronco-polmonari.

Caratteristiche della malattia, oltre la insorgenza repentina e la intensità dolorifica, sono la congestione al viso, con fatti di cianosi, la prostrazione generale, la stitichezza ostinata e la sensazione di una malattia gravissima.

Tale forma morbosa si è andata diffondendo con caratteri di epidemia, e gli oratori hanno avuto campo di osservare numerosissimi casi (attualmente oltre la sessantina) che vanno aumentando giornalmente.

Gli oratori sono di avviso che si tratti di una manifestazione di una forma infettiva che rientra nel grande quadro delle malattie influenzali.

SALA, VERATI, ZOIA esprimono le riserve sull'entità nosologica descritta, che può essere sintomo di malattie già note.

MARIANI. *Note sopra una serie di incidenti verificatisi nel trattamento cogli arsenobenzoli.* (Sarà pubblicato *in extenso*).

CALCATERRA.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

Presidente: Professor BACCARANI.

Seduta del 17 giugno 1921.

Alcuni reperti istopatologici nella « Demenza precoce ». - Comunicazione preliminare.

Dott. SALUSTRI. — L'O., controllando i reperti di V. M. Bussaino sulle « Cause anatomo-patologiche delle manifestazioni schizofreniche nella demenza precoce » (Riv. di Patol. Nerv. e Ment., vol. 25), ha esaminato sistematicamente il sistema nervoso centrale di 7 individui, 4 dementi precoci, un demente paralitico, un morto di sclerosi multipla, un idiota epilettico, morto in stato di male.

In base alle sue ricerche si sente autorizzato a concludere che se pure a tali reperti non si può attribuire il valore di substrato istopatologico specifico delle manifestazioni schizofreniche della demenza precoce, deve però attribuirsi un valore grandissimo, che merita studi ulteriori.

Amnesia verbale pura.

Dott. U. MONDINI. — Presenta un caso di amnesia verbale pura in un uomo di 57 anni che non ha sofferto nè presenta alcun disturbo psichico nè nervoso nè a carico delle funzioni vegetative.

Data l'integrità della pronuncia delle parole, nonchè della percezione, dell'associazione, dell'esecuzione degli ordini, e invece essendo assente il ricordo del simbolo verbale corrispondente all'idea, conclude con la diagnosi di *Amnesia verbale pura.*

L'esame del contenuto gastrico nelle sclerosi benigne e maligne del piloro.

Prof. EMILIO FUA. — L'O. riassume i resultati che si ottengono dall'esame chimico e microscopico del contenuto gastrico, nell'individuo sano, la mattina a digiuno, 12 ore dopo il pasto della sera; indi espone quelli che nelle stesse condizioni, si hanno negli ammalati di stenosi benigna e negli ammalati di stenosi maligna del piloro: dal loro confronto conclude come sia facile diagnosticare esattamente l'eziologia del male e fare la prognosi e cura relativa.

SALVOLINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA

Rapporti dei cosiddetti rumori sistolici accidentali coll'ipotonia del cuore.

I rumori accidentali od anorganici in alcuni casi si avvertono in qualsiasi posizione del paziente, in altri casi soltanto in alcune determinate posizioni. Potain considera i rumori anorganici come extracardiaci di origine cardiopolmonare, sorti in seguito all'azione aspiratrice che il cuore in sistole esercita sui polmoni. Tali rumori cardiopolmonari senza dubbio esistono: talvolta essi si rendono manifesti soltanto nella posizione eretta, altre volte soltanto nella posizione distesa. Altri AA. attribuiscono i rumori anorganici a disturbi della velocità circolatoria (rumori anemici), altri alla bassa pressione sanguigna, altri infine a disturbi funzionali del muscolo cardiaco, per cui in seguito alla pigra contrazione della muscolatura valvolare risulterebbe un'insufficienza relativa della mitrale.

G. Zuelzer (*Medizinische Klinik*, n. 37, 1921) accettando l'ultima teoria, afferma che in molti casi i rumori accidentali dipendono da una atonia del muscolo cardiaco, dovuta, sia a debolezza costituzionale, sia ad influenze tossiche. Si comprende come in tutti e due i casi i pazienti siano anche anemici; da ciò la denominazione antica « rumori anemici ». L'A. ha osservato tali rumori in molti bambini convalescenti da scarlattina. A differenza di quelli cardiovascolari, i rumori « atonici » scompaiono temporaneamente se nei bambini si provoca una irritazione psichica, se si comprime ad essi l'aorta addominale o se si sollevano gli arti inferiori. Con questi mezzi si ottiene un passeggero aumento della pressione sanguigna, aumento che ridà temporaneamente al cuore il tono necessario. I rumori di tale natura di solito non si rendono manifesti nei malati a posizione eretta, ma soltanto in posizione distesa, perchè il rilassamento muscolare generale che ha luogo in tale posizione e che comprende anche il cuore ne fa discendere il tono al di sotto del limite necessario alla produzione di toni puri. L'A. propone per questa atonia cardiaca il nome di « miocardia ».

L'atonia del cuore guarisce ed i rumori quindi scompaiono in breve tempo (8-14 giorni) in seguito a cura adatta. L'A. raccomanda caldamente la ginnastica respiratoria di Albrecht (che si propone di descrivere un'altra volta), che agisce meccanicamente sul muscolo cardiaco, oppure le iniezioni endovenose di strofanto (2 volte alla settimana, 0,3-0,6 mg., al caso in 10-20 cmc. di soluzione al 20 % di glucosio) che si dovrebbero praticare precocemente.

POLLITZER.

Endocardite gonococcica.

Thaier e Blumer nel 1896 riferirono per primi un caso provato di endocardite esclusivamente gonococcica: prima se ne era sospettata l'esistenza, per la frequenza delle complicazioni endocardiche nella gonorrea. Probabilmente non è rara una lieve setticemia gonococcica con sintomi di breve durata, come la febbre, il brivido, l'albuminuria, ma solo in certi casi si sviluppano lesioni metastatiche, per minor resistenza locale o forse per le proprietà dello speciale stipite batterico.

Le lesioni si trovano sulla linea di chiusura delle valvole, un po' dietro il margine libero. I diplococchi vi giungono direttamente col sangue che traversa il cuore: Rosenow però pensa che vi giungano come emboli pei capillari. Ma i capillari normalmente non raggiungono la linea di chiusura (Coen e Lauger). Valvole già lese sono più predisposte. Un terzo delle e. g. colpisce il cuore destro, forse perchè, come hanno accertato Wherry e Oliver, il gonococco cresce meglio in ambiente più ricco in CO_2 e più povero in O_2. L'endocardite gonococcica è due volte più frequente nei maschi; è più frequente intorno ai venti anni. Può insorgere pochi giorni dopo la prima infezione, oppure nel corso di recidive ripetute.

Ve ne sono due varietà: una benigna e una maligna.

La benigna giunge di rado all'autopsia: le alterazioni, essenzialmente sclerotiche, possono forse anch'essere di natura tossica; può esservi lieve infiammazione dell'endotelio o qualche verruca; spesso si può udire qualche rumore. Non di rado l'emocultura è positiva, ma ciò non prova che v'è endocardite. Questo tipo benigno può risolvere, o divenire maligno.

L'e. g. maligna è più frequente: dà luogo a vegetazioni molli e sbriciolate, che crescono rapidamente, tanto da occludere un orificio valvolare. Spesso tutta la valvola è rapidamente distrutta, e ne rimane qualche sottile filamento cui aderiscono grandi trombi.

Le vegetazioni iniziano come verruche composte di giovane connettivo, cellule migranti, polimorfonucleari, e gonococchi: sopra si deposita la fibrina. L'endotelio parietale contiguo alla valvola è generamente più o meno alterato. Spesso si distaccano emboli infetti.

Non vi è trattamento specifico: se vi è un focolaio d'infezione, una prostatite, un ascesso, conviene trattarli adeguatamente. L'argento colloidale e gli altri medicamenti per via endovenosa poco o nulla giovano. Nei casi cronici sono da consigliare i vaccini.

Dudley Smith (*Am. Journ. Med. Scien.*, giugno 1921) riporta il caso di un giovane di 28 anni che ebbe uretrite nell'agosto 1917; nel settembre cominciò a soffrire febbre serotina con brivido e sudore; il 1° dicembre in preda a gran debolezza, dispnea e gonfiore di tutto il corpo, fu ricoverato in ospedale. Il cuore debordava a destra dello sterno 1 cm.; punta al 5° spazio all'esterno dell'emiclaveare. Al terzo spazio intercostale sinistro, presso lo sterno, doppio rumore, che si trasmette al polmone: alla punta rumore sistolico rude. Polso 84, con interruzione ogni 8 battute circa. Ingrandimento del fegato. Modica diminuzione delle emazie; leucocitosi (polimorfonucleosi); emocultura negativa. Nelle urine pus e pigmenti biliari. Obitus il 5 gennaio. Diagnosi clinica: endocardite ulcerosa, probabilmente aortica. Alla sezione si trovò endocardite ulcerosa e vegetante polmonare, e. ulcera aortica, e. parietale. Infarti polmonari, fegato grasso, adenoma tiroideo. Il muscolo cardiaco era di aspetto torbido, il ventricolo destro disteso, occupato da un trombo chiaro che si estende sulle valvole polmonari quasi distrutte e fin nell'arteria polmonare. Emoculture negative: strisci dai trombi mostrano diplococchi intracellulari gramnegativi di aspetto caratteristico.

L'insieme dei dati è sicura prova dell'etiologia gonococcica, mentre ognuno isolatamente potrebbe lasciar adito al dubbio.

DORIA.

Disturbi psichici in rapporto al fenomeno di Cheyne-Stokes in malati di cuore.

S. Vassermann (*Med. Klinik*, n. 27, 1921) nel decorso di affezioni cardiache croniche (specialmente vizii aortici) osservò più volte, all'iniziarsi dello scompenso, la comparsa combinata di disturbi psichici e dei fenomeni di Cheyne-Stokes (alternante frequenza del polso, sintomi oculo-pupillari, oscillazioni ritmiche della pressione sanguigna, dispnea accessuale; i disturbi psichici precedevano od accompagnavano il fenomeno di Cheyne-Stokes e contemporaneamente ad esso o poco dopo scomparivano.

Nei casi di «stato di Cheyne-Stokes» (persistenza dell'agitazione motoria e dello stato pseudoasmatico, susseguirsi ininterrotto di accessi) i disturbi psichici erano più duraturi. In altri casi i sintomi di Cheyne-Stokes si alternavano coi disturbi psichici: alternativamente scomparivano i primi, per dar luogo ai secondi, e così di seguito.

I disturbi psichici erano di vario genere. I malati erano diffidenti verso i parenti, si lagnavano di venire maltrattati, erano irrequieti, la notte volevano alzarsi e uscire nella strada; improvvisamente, spesso venivano colti da perdita di coscienza parziale o totale. Frequenti le illusioni sensoriali ottiche e ottico-tattili. Alcuni andavano soggetti a crisi di furore, accompagnate da dispnea intensa. Altre volte i disturbi psichici assumevano un carattere infantile.

In generale si può dire, che i disturbi psichici assumono negli individui giovani il carattere dell'amentia, in quelli vecchi il carattere della demenza.

POLLITZER.

Un caso di sclerosi precapillare.

È riferita da K. Dietl e A. Fritz (*Med. Klin.*, n. 25, 1921) la storia di un malato di un processo sclerosante diffuso del sistema arterioso precapillare. Le alterazioni tipiche erano evidenti specialmente a carico di 3 organi: 1) fondo oculare; reperto caratteristico di sclerosi dei vasi retinici; 2) rene; sintomi di una sclerosi renale (albuminuria, talvolta nicturia, forte aumento della pressione sanguigna mentre i reni sono funzionalmente normai); 3) milza, policitemia rubra.

Per varie considerazioni gli autori pensano che la policitemia rubra indichi una sclerosi delle arterie precapillari della milza.

POLLITZER.

Le obliterazioni della vena cava inferiore.

Sono rare e dovute ad una tromboflebite da propagazione (in conseguenza di puerperio, tifoide, tubercolosi, influenza), a compressione da tumore, ad invasione neoplastica. I sintomi principali sono l'edema e la circolazione collaterale; di solito, il primo si riassorbe quando la seconda è sviluppata: si può però avere coesistenza dei due fenomeni. Talvolta la diagnosi è imbarazzante, come in un caso di Chalier (*Lyon médical*, 25 aprile 1921) in cui, per la presenza di edemi degli arti inferiori e della parete addominale con ascite, albuminuria, dispnea, si era pensato a nefrite acuta, mentre si trattava in realtà di carcinoma primitivo del fegato, con perforazione della cava in cui era penetrato un bottone canceroso ostruendola.

I segni dell'obliterazione variano secondo l'altezza; se si tratta del terzo inferiore, si ha edema degli arti inferiori, circolazione collaterale nelle regioni inguinale e sottoombelica-

le; assenza di albumina. Se si tratta del segmento medio (renale), le vene sottocutanee sono sviluppate fino al torace: albuminuria abbondante, che però non è necessariamente mortale. Nel caso del segmento epatico, si aggiungono i segni del fegato congestionato, disturbi gastro-intestinali, ascite, talora ittero.

La prognosi dipende dalla malattia primitiva, se non si ha la morte entro un periodo variabile da due giorni a tre settimane, in conseguenza diretta della obliterazione.

fil.

TERAPIA.

Trattamento d'urgenza degli avvelenamenti.

L. Mayet (*Journal de méd. de Paris*, 1921, pag. 435) così riassume le principali indicazioni:

A) *Evacuazione del veleno*, da farsi anche se l'azione tossica è già incominciata. Si procederà all'irrigazione dello stomaco con grandi quantità di acqua pura tiepida, oppure con albume di uovo (sali di mercurio), con solfato di sodio (acido fenico), con solfato di rame (fosforo), con iposolfito di sodio (tintura di iodio), con acqua di calce (acido ossalico e ossalati), con tannino (alcaloidi), con borace (veleni minerali), con sapone al 10 ‰ circa (acidi minerali), con carbone granulato (in tutti i casi). Se non si può fare l'irrigazione (mancanza della sonda, tumefazione della gola, contrattura dell'esofago) si somministreranno gli emetici, che però hanno lo svantaggio di indebolire il sistema nervoso già scosso, e di diminuire l'energia cardiaca. Incominciare con i mezzi meccanici (titillamento del faringe); iniettare l'apomorfina (4-10 mg. negli adulti), oppure somministrare il solfato di rame (cg. 50 in 1/2 bicchiere di acqua) o la farina di senape (10 grammi in 1/2 bicchiere di acqua); in mancanza di tali mezzi, ricorrere al tartaro stibiato (cgr. 10) od alla polvere di ipecacuana (gr. 1,50-2). Somministrare purganti (25 gr. di sale di Seignette, o 40 gr. di solfato di sodio) o i clisteri.

B) *Fissazione ed assorbimento chimico del veleno.* — Come antidoti si consigliano la magnesia idrata a cucchiai nel caso di avvelenamento con acidi o con arsenicali e l'antidoto multiplo, preparato facendo una sospensione di 75 gr. di magnesia calcinata e 40 gr. di carbone granulato in 800 gr. di acqua, ed aggiungendo 100 gr. di soluzione di solfato di ferro a 45° Baumé: agitare violentemente; raccogliere il precipitato, che va poi somministrato a cucchiai negli avvelenamenti da acidi, alcaloidi, vegetali tossici, arsenico, fosforo, iodio, ecc.

C) *Trattamento sintomatico degli effetti tossici.* — Iniezioni di olio canforato di etere, somministrazione di liquore di Hoffmann, caffè, alcaloidi caldi, the al rum, vino caldo con cannella, ecc. Frizioni con guanto di crine con alcool, acqua di Colonia; respirazione artificiale, inalazioni di ossigeno (eventualmente anche iniezioni sottocutanee di 3-5 litri di ossigeno). Questi trattamenti vanno prolungati anche oltre un'ora, ed il malato potrà salvarsi se lo si fa respirare fino a ripresa delle funzioni bulbari. Se vi è edema della glottide, intubazione del faringe. Eventualmente svuotatura della vescica ed altri soccorsi del caso.

fil.

Cura dell' ipertensione.

L'ipertensione, dice Grassmann (*Münch. Med. Wochenschr.*, n. 30, 1921) è un sintomo; va quindi curata la malattia fondamentale. In alcuni casi ciò è facile (dieta nell'adiposità, dieta e purganti nelle affezioni dell'addome accompagnate da uno spostamento in alto del diaframma; abolizione del fumo; strumectomia). Spesso però non è possibile la cura etiologica. In questi casi si deve curare il sintomo per se stesso, onde recare sollievo ai malati e garantirli dalle conseguenze dannose dell'ipertensione. Per la cura sintomatica si devono distinguere i casi con e quelli senza nefrite.

1° *Casi con nefrite.* — L'ipertensione di origine renale è un fenomeno di compenso e va quindi possibilmente rispettata. Pure in alcuni casi si impone la necessità di diminuire entro certi limiti la pressione troppo alta del sangue perchè essa provoca cefalee insistenti, oppressione, extrasitoli, ecc., e può essere la causa immediata di un attacco apoplettico (pressione sistolica costante di 250-300 mm. e più). In questi casi si può combattere l'ipertensione con dei mezzi medicamentosi, dietetici, idroterapici (diaforesi, purganti, dieta ipoclorurata, salasso).

2° *Casi senza nefrite.* — *a*) mezzi medicamentosi: nitriti, jodio, preparati di calce, diuretina, digitale, papaverina. I preparati jodici non si devono usare se esiste una lesione dei reni. La papaverina è spesso efficacissima; essa agisce per vasodilatazione, specialmente nel territorio dello splancnico; *b*) mezzi fisici: esercizi ginnastici prudenti, bagni a 38°-39°, bagni di acido carbonico.

POLLITZER.

EPIDEMIOLOGIA.

Osservazioni sulla biologia degli anofeli.

B. Grassi (*Annali d'Igiene*, n. 6, 1921), continuando le sue ricerche sulla biologia dei nostri Anofeli, riferisce alcuni particolari relativi all'ibernamento, agli spostamenti ed ai pasti.

Ibernamento: Anofeli grassi e magri. — Il Sella, incaricato dall'A. degli studi intorno all'ibernamento degli Anofeli, riferiva che nei mesi freddi gli *Anopheles claviger* possono mangiare più di una volta senza sviluppare le uova.

Il sangue allora si trasforma in materiale di riserva — corpo adiposo — che fa rigonfiare l'addome dell'insetto: tale riserva permette loro di mantenersi in vita per un certo tempo senza mangiare.

L'A. con il tecnico Neri, riprendendo le ricerche, catturava degli Anofeli vuoti e grassi in cantine e sottoscale di Locate Triulzi (Milano) ove la temperatura era di 8°.5 C.; evidentemente detti Anofeli dovevano definirsi ibernanti.

A Fiumicino i primi Anofeli vuoti e grassi furono presi in novembre 1920, gli ultimi si trovarono a Maccarese il 17 febbraio 1921.

Per quante prove e riprove l'A. abbia fatto non è mai riuscito ad ottenere che gli anofeli grassi pungessero.

Il Grassi riporta una serie di dati riguardanti le catture giornaliere di Anofeli nei varii stadii eseguite a Fiumicino, a Maccarese, nell'Isola Sacra, nel Porto: dai dati esposti e da molte altre osservazioni afferma esser pienamente giustificato l'appellativo di ibernanti ai soli anofeli che si presentano vuoti e grassi.

Secondo l'A. le femmine degli anofeli, che nei dintorni di Roma nascono a tardo autunno, cioè quando cominciano i primi freddi, dopo di essere state fecondate, si cibano di sangue e lo digeriscono; ingrassano, ma le uova restano piccole: ciò incontraddice la supposizione del Wesenberg, che i *Culex pipiens* nascano già grassi e non si nutrano prima dell'ibernamento.

L'intestino degli individui ingrassati si presenta vuoto: l'A. non sa se per l'ingrassamento sia necessario più di un pasto. È certo che l'ingrassamento nel clima di Roma avviene in un numero limitato di individui e che l'ibernamento non è un anello necessario per la conservazione della specie.

Il risveglio primaverile degli anofeli, è senza dubbio in rapporto col dimagramento. Vi deve essere un certo numero di individui che viene a dimagrare contemporaneamente alla fine dell'inverno: questi individui abbandonano allora i nascondigli e si raccolgono più o meno numerosi nelle stalle, dove i giorni precedenti non se ne trovava nessuno o molto pochi. Nei paesi freddi questo periodo d'ibernamento deve durare molto più a lungo.

Negli individui dimagrati le uova si trovano sempre nello stadio arretrato in cui erano prima di ingrassare e non crescono se l'anofele non succhia nuovo sangue: anche a temperatura bassa un sol pasto può bastare per maturare le uova.

Le epidemie di malaria, che nei paesi nordici si verificano di primavera, potrebbero esser subordinate al risveglio degli anofeli (ibernanti-dimagrati) contenenti sporozoiti nelle ghiandole salivali: senza dubbio questa condizione è di molta importanza, perchè gli anofeli magri possono succhiare anche d'inverno sangue o frutta, o semplice acqua, e così disinfettarsi, mentre gli anofeli grassi non assumono nutrimento di sorta.

Pasti e spostamenti degli anofeli. — Le minute ricerche dell'A., del Sella, della dottoressa Genna, riguardo ai pasti degli anofeli, portano a concludere che gli anofeli possono pungere anche quando sono press'a poco a mezza digestione. La percentuale degli anofeli che tornano a pascersi prima che la digestione sia compiuta è minima. L'A. ritiene che non tutti gli anofeli che abbandonano i loro ricoveri prima di aver compiuto la digestione siano mossi dal bisogno di assumere nuovo cibo, nè bisogna credere che il pascersi nuovamente prima di aver compiuta la digestione si verifichi solo allorchè le uova non vanno avanti a svilupparsi.

Riguardo allo spostamento degli anofeli le ricerche possono far affermare che il tempo degli spostamenti degli anofeli varia col variare del sorgere e del tramontare del sole. Di regola gli anofeli con le uova mature, le femmine vuote e non ancora fecondate e i maschi fuoriescono per lo più dai ricoveri alla sera prima che sia calata la notte: in piccola parte, prima che sia giorno fatto.

L'entrata nei ricoveri avviene in parte alla sera, prima che sia calata la notte, e in parte al mattino, prima che sia giorno fatto; il numero però di quelli che entrano al mattino, è molto maggiore di quelli che entrano alla sera. Gli anofeli che entrano sono maschi, o femmine vuote ancora non fecondate, o femmine che hanno fatto le uova. L'entrata però verificasi, benchè in molto minore proporzione, anche nelle ore della notte e perfino anche di giorno.

Evidentemente l'esodo ha due scopi: 1° di provvedere alla fecondazione da parte dei ma-

schi e delle femmine; 2° di andare a deporre le uova.

L'entrata ha del pari due scopi: ricoverarsi temporaneamente da parte dei neonati maschi e femmine aspettando il momento opportuno (tramonto) per fecondarsi all'aperto nell'aria; succhiar sangue e ricoverarsi per compiere la digestione e maturare le uova da parte delle femmine fecondate.

Le esperienze dimostrano infine infondate le opinioni che gli anofeli si ripascano ogni giorno e che giornalmente dai loro ricoveri fuoriescano all'aperto, e ciò ha un'importanza non dubbia per il modo di diffusione della malaria.

MONTELEONE.

Si sa bene che l'appendice è detta l'amigdale addominale, per i suoi elementi linfoidi; ma a parte ciò, essa avrebbe un tessuto ghiandulare speciale, del tutto simile a quello delle glandule vascolari sanguigne.

Per Mouson nella mucosa ove sono cellule prismatiche e caliciformi, tanto nel tenue, che nell'appendice, che nel grasso, esistono delle cellule argentaffine, il cui insieme costituisce una glandula endocrina diffusa, analoga alla pancreatica costituenti gl'isolotti di Langerhaus. Sconosciuta è la fisiologia di questi elementi; ma in patologia si deve a loro ravvicinare certi neoplasmi segnalati al livello dell'appendice.

FAUSTO AMANTEA.

MEDICINA SCIENTIFICA

La funzione dell'appendice ileo-cecale.

(L. BINET e G. DUBOIS. *Presse médicale*, n. 63).

Si conosce dopo le ricerche di Roger la tossicità degli estratti di questo organo, e la vivace motilità ed energia di contrazioni, tale da ricondurre nel cieco dei corpi estranei introdotti nella sua cavità. Gomu avrebbe osservato dei movimenti peristaltici al livello dell'appendice umana, appena dopo l'ablazione chirurgica, e posta da una soluzione Ringer; ma essa più che funzione meccanica avrebbe, secondo l'autore, una funzione secretrice, che si distingue in digestiva, in eliminatrice di microbi e secretiva interna.

Dalle ricerche di Roger nei conigli si sa che l'appendice segrega un liquido vischioso, chiaro, nettamente alcalino, senza potere microbicida, ma con potere amilolitico, benchè non attacchi la fibrina e il saccarosio, per cui questi concluse che tale secrezione aveva l'ufficio principale di lavare l'appendice.

Dalle ricerche di Robison sulle appendici umane si sa che il liquido secreto, con frequenza acido, ha una azione lenta, ma netta e parziale sugli albuminoidi e più piccola sugli idrati di carbonio.

Dagli studi di Hartmann e Binet sul sacco appendicolare, estratto da individui affetti da appendicite cronica, si sa che il secreto alcalino digerisce l'amido e contiene mucina.

Le esperienze di Roger, Friedländer, Dominici, ecc., han dimostrato che iniettando nelle vene dei conigli dei microbi più diversi, si osservava sovente delle lesioni appendicolari, emorragie parenchimatose, follicolite, ecc., che dimostrano l'esistenza e l'importanza per l'appendice, più che per gli altri segmenti dell'intestino, dell'eliminazione microbica.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1430) *Nei restringimenti uretrali.* — All'abbonato n. 1314:

Nella cura dei restringimenti uretrali la dilatazione graduale è sempre il metodo preferibile quando non sia indispensabile l'intervento operativo.

Molti raccomandano l'uso contemporaneo dei preparati di tiosinamina (fibrolisina) per iniezioni ipodermiche, ciò che favorirebbe il buon esito della cura rammollendo i tessuti in preda ad ispessimento fibroso causato dalla infiammazione cronica.

V. MONTESANO.

(1431) *Alopecie* — Al dott. A. M. da R.:

La caduta dei capelli, quando si possono escludere le malattie parassitarie del cuoio capelluto, può essere causata da i più differenti stati morbosi: affezioni delle glandole sebacee (seborrea), dei follicoli (follicoliti atrofizzanti-uleritemi), alterazioni nervose (area Celsi) ed endocrine, infezioni acute e croniche (influenza, tifo, sifilide), ecc. Non è possibile quindi dare norme generiche ed è necessario conoscere caso per caso a quale stato patologico locale o generale è legato il fenomeno.

V. MONTESANO.

(1432) *Anestesie per estrazioni dentarie.* — All'abb. n. 6461:

La novocaina dà i migliori risultati. Ottima è la seguente formula:

Pr. Novocaina	ctg.	8
Bicarbonato di sodio	milligr.	18
Cloruro di sodio	milligr.	16

per una fiala di 2 cmc. di acqua distillata e sterilizzata.

PIPERNO.

(1433) Al dott. A. D. M., abbonato n. 4434:

Pomata di Metschnikoff. — Calomelano p. una: lanolina p. tre. Si usa per la profilassi antisifilitica dopo il coito.

Acido nitrico-nitroso. È l'acido nitrico a cui si siano aggiunte alcune goccie di acido nitrico fumante (2 goccie per 100 cmc.) Più semplicemente può ottenersi nei modi seguenti: esposizione dell'acido nitrico alla luce in bottiglie non colorate: far bollirè l'acido nitrico con un pezzetto di legno, arrestando l'ebollizione quando l'acido nitrico è ingiallito: mescolare acido nitrico ed acido solforico a parti uguali. Per la reazione di Gmelin nel siero sanguigno, viene raccomandata la miscela seguente: acido nitrico puro g. 200: acqua distillata g. 100: nitrato di sodio cg. 5: conservare in bottiglia nera ben tappata.

fil.

(1434) Al dott. A. A., abbonato 10434:

Il dosamento dei solfati di terre rare per la cura della tubercolosi è quale venne indicata (**Polic.**, Sez. prat., fasc. 32); per via endomuscolare, non si può usare la soluzione acquosa nè una concentrazione maggiore, perchè provocherebbe dolori. Per la fornitura si rivolga a « Fournier Frères, 26 Boulevard de l'Hôpital, a Parigi, dove si trovano le soluzioni già pronte, oppure a Poulenc, di cui esiste una rappresentanza in Italia (Società Nazionale prodotti chimici e farmaceutici, Milano).

fil.

(1435) All'abb. n. 14,170:

Per ragioni ovvie non si può rispondere sulla posta degli abbonati a quesiti che riguardano informazioni su case di salute. Le indicazioni da noi date potrebbero considerarsi una *réclame* interessata, e suscitare le proteste di quelle case, eventualmente dimenticate o a noi sconosciute.

t. p.

(1436) Al dott. F. P. Meana Sardo:

Sulla *febbre reumatica* abbiamo risposto nel fascicolo 39, pag. 1314.

t. p.

(1437) Al dott. G. P. da P.:

La splendida prolusione del prof. Taddei è pubblicata in « Conferenze e Prolusioni » del 16 febbraio, n. 4.

R. B.

VARIA

La cooperazione tra medicina umana e veterinaria.

In una conferenza del prof. F. Hobday (*The Journal of Tropical Medicine and Hygiene,* 15 settembre 1921) sono posti in rilievo i vantaggi che possono trarsi da una maggiore intesa tra medicina umana e veterinaria.

Alcune conquiste della medicina veterinaria sarebbero subito applicabili all'uomo, con grande vantaggio dell'umanità, se fossero rese meglio note.

È così che il veterinario francese M. Charlier fu realmente il pioniere della chirurgia antisettica, poichè insegnava a bollire gli strumenti ed a lavarsi le mani prima di procedere alle operazioni: in questo modo potè compiere le prime ovariectomie, sulle vacche.

Anche in un altro campo le due medicine possono prestarsi mutuo aiuto: cioè nella lotta contro le malattie infettive comuni all'uomo ed agli animali. Così è ormai accertato il compito che spetta ai bovini nel determinare la tubercolosi infantile: secondo Inman il 34 % dei morti per tubercolosi sotto i 5 anni deve la malattia ai bovini, il 26 % dai 5 ai 10 anni, il 16 % dai 10 ai 16, il 5 % sopra i 16 anni; secondo Sutherland nel 50 % delle tubercolosi locali infantili si repertano i bacilli di tipo bovino; ecc. Qualora i veterinari riuscissero ad estinguere questa sorgente d'infezione (il che non è assurdo, poichè contro gli animali possono adottarsi misure radicali), si risparmierebbero, dunque, moltissime vite e sofferenze all'umanità.

Altre malattie comuni all'uomo e agli animali s'impongono per la frequenza o per l'eccezionale gravità: l'echinococcosi, la rabbia, la morva... Ciò basta a dare un'idea dei grandi servigi che potrebbe rendere una più stretta cooperazione delle due categorie di sanitari.

R. B.

Microscopio ultra-potente.

L'unico esemplare è posseduto dall'Istituto nazionale per l'Indagine medica, diretto dal dottor Barnard, in Inghilterra.

Negli ultimi trent'anni i progressi nella costruzione dei microscopi non furono molti. I microscopi più perfetti ingrandivano gli oggetti di 1000 diametri, cioè di un milione di volte in superficie, un trilione di volte in volume; essi davano una immagine poco « risolta », cioè poco differenziata. L'idea che improntò la costruzione del nuovo microscopio è ispirata all'uso non di luce bianca, ma di luce a onde più brevi. Barnard usò dapprima luce violetta, poi i raggi ultra-violetti; ora sperimenta con i raggi X molli. È così riuscito ad ingrandire gli oggetti di 3500 diametri (12 milioni di volte in superficie, 42 trilioni di volte in volume!).

Ricordiamo che i principî di questa applicazione della luce invisibile vennero esposti ed illustrati una decina di anni or sono da Verney in questo giornale.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

XV Congresso Nazionale Medici Condotti.

(Genova 8-11 ottobre 1921).

La inaugurazione ebbe luogo nell'Aula Magna della R. Università alla presenza delle Autorità civili e militari, di vari deputati e senatori, della stampa cittadina, ecc. Il prof. sen. E. Maragliano pronunciò il discorso inaugurale, trattando della *Profilassi della tubercolosi in rapporto al servizio di condotta* e riscotendo alla fine una vera ovazione.

Costituitisi in seguito l'Ufficio di Presidenza (Biglioni Romano-Vacino), l'ufficio di Segreteria (Oliaro, segretario generale della Associazione, assistito da Alzone, Appiotti, Properzi), l'ufficio di verifica dei poteri (Carobbio, cassiere generale, assistito da Danioni, Paolucci, Zuppa), si iniziò la discussione dei temi posti all'ordine del giorno, dopo aver inviato al prof. Luigi Silvagni un saluto ed un ringraziamento per l'appoggio sempre dato agli interessi della classe dei medici condotti; il prof. Silvagni ringraziò con nobili parole a mezzo di telegramma pervenuto poche ore dopo la chiusura del Congresso.

Relazione morale e relazione finanziaria del Comitato Centrale furono i due temi che richiesero il maggior tempo al Congresso, avendo essi offerto l'addentellato a sollevare, da parte dei non pochi oratori, numerose questioni, quali il secondo caro-viveri, la riforma della Cassa di Previdenza, l'ufficio stampa, ecc. Dopo le repliche dei dirigenti Martinelli, Oliaro, Carobbio (ciascuno per la parte che lo riguardava) la relazione morale fu approvata con ordine del giorno di fiducia presentato dai colleghi Castelli, Prunas, Tola, Valerio, ed altri dieci congressisti. L'ordine del giorno ottenne 1364 *sì*, 138 astenuti e nessun voto contrario. (Occorre ricordare che la votazione avvenne col sistema della rappresentanza diretta, approvato al Congresso di Napoli).

La relazione finanziaria fu approvata alla unanimità su un Ordine del giorno del dott. Arpini.

Sistema di votazione ai Congressi. Dopo lunga discussione, ritenuto che la classe non sia ancora matura per la rappresentanza singola diretta (immaturità dimostrata dal fatto che appena il terzo dei soci si era fatto rappresentare all'attuale Congresso), con ordine del giorno Vaccino, approvato a grande maggioranza, si deliberò che, a cominciare dal prossimo congresso, le votazioni si facciano col sistema di tanti voti quanti sono gli inscritti in regola col pagamento dei contributi sociali, e che tali voti (di maggioranza e di minoranza) siano portati dai rappresentanti a ciò delegati dalle rispettive Sezioni.

Stipendio minimo nazionale uguale per tutte le condotte. — Altro tema della massima importanza e che riuscì non poco rumoroso nella discussione, ultimata colla votazione di un ordine del giorno Campoli in cui si richiede dal Governo la fissazione per legge dei criteri per la determinazione di uno stipendio minimo residenziale, uguale per tutte le condotte del Regno, e si incarica il Comitato centrale di provvedere colla massima energia per l'accoglimento della richiesta.

Per il secondo caro-viveri. — Il grave, assillante problema fu discusso come in un vero comizio dai medici condotti e dagli impiegati e dipendenti enti locali della Liguria che tenevano proprio il loro congresso negli stessi giorni. I due Congressi si erano già scambiati a mezzo di appositi reciproci commissari i propri saluti e auguri con relative attestazioni di completa solidarietà classista che ebbe fulgente dimostrazione nel comizio, in cui — in seguito ad avvenuto accordo — parlarono unicamente il dott. Martinelli per i medici condotti e l'avv. Magrini per gli impiegati. Fu votato un lungo ordine del giorno decidendo che le reciproche classi non dovessero, a partire da una data che verrà quanto prima fissata, ulteriormente occuparsi dei lavori riflettenti i servizi di carattare statale, servizi sanitari compresi, e compresi quelli riguardanti il prossimo censimento, come protesta contro il mancato decreto del secondo caro-viveri e la ritardata presentazione della riforma delle pensioni.

In tal senso fu subito spedito a S. E. Bonomi un telegramma firmato dal dott. Martinelli e dall'avv. Rosso.

Doveri deontologici nelle tariffe delle condotte viciniori. — Il tema fu risolto con ordine del giorno di Ernesto Mattioli invitante i colleghi tutti di attenersi alle regole deontologiche che proscrivono la sleale concorrenza, la ciarlataneria, e le coperte vie tra medici e medici.

Supplenze a scavalco. — Si decise che il regolamento della Associazione contenesse un articolo col quale si vietano le supplenze a scavalco durante il mese di congedo, e si ammette che i criteri per le brevi supplenze saranno determinati dalle sezioni interessate.

Casa del medico condotto. — Con ordine del giorno Di Negro si diede mandato al Presidente Generale, ai Presidenti federali e sezionali di agire presso la cassa depositi e prestiti e presso le Amministrazioni comunali perchè la casa del medico condotto sia al più presto un fatto compiuto, essendo essa non meno necessaria di quella dei parroci, dei maestri e di altri impiegati.

Tariffe mediche nelle assicurazioni infortuni. — Fu accolto un ordine del giorno Di Negro, col quale, in seguito a varie considerazioni e premesse, si invita il Governo a porre a carico delle Società assicuratrici la spesa per le cure intermedie.

Sindacati medici. — Fece una lucida ed esauriente esposizione sull'importante argomento il dott. Braccini, il quale premesso che l'Associazione dei Medici Condotti ha sempre seguito metodi sindacali (diffide, boicottaggi, azioni collettive, ecc.) tanto da poter essere considerata come

un vero Sindacato, riaffermò la necessità di proseguire non solo su tali metodi, ma di integrarli e di perfezionarli per metterli in rapporto colle future immancabili lotte. Dimostrò in seguito che nei Sindacati medici da poco istituiti — sopratutto nei grandi centri — non è sanzionata la esclusività della inscrizione dei singoli medici ad una sola categoria il che costituisce la condizione indispensabile per eliminare dissidi e per formare la base di una ben intesa azione sindacale, e propose perciò che l'Associazione non aderisse per ora ai costituiti Sindacati medici.

Il relatore presentò quindi come conclusione un ordine del giorno, col quale si dà mandato al Comitato Centrale di trattare l'adesione ai Sindacati solo quando le altre Associazioni di categoria saranno costituite sulla base dei principii esposti dal relatore, ed in accordo colla Presidenza degli Ordini dei Medici.

Organizzazione intellettuale dei medici condotti. — Tema della massima importanza e che non potè come vari altri essere illustrato ampiamente. Ad ogni modo la concisa relazione del dott. BARONI, concludente coll'invitare il Comitato Centrale a studiare a tempo opportuno la modalità di una tale organizzazione, venne accolta con simpatia dal Congresso.

Distintivo di riconoscimento dei medici condotti. — Il Congresso riconobbe l'utilità di tale istituzione e diede incarico al Comitato Centrale di studiarne la pratica attuazione, in accordo con qualche artista.

Riforma della legge e Regolamento sugli Ordini. — Si stabilì di invitare la Federazione degli Ordini dei Medici perchè, in accordo con quelle dei farmacisti e dei veterinari, studi la soluzione della riforma a mezzo di una Commissione mista.

Purtroppo il lungo tempo occorso per la discussione dei temi ed il poco tempo rimasto, quindi, per gli altri, impedì la trattazione di argomenti importantissimi i quali furono ritirati dagli stessi oratori: tra questi argomenti vanno ricordati i vari presentati a proposito della legge sulla *Assicurazione malattie* (loro limitazione, loro applicazione, speciale trattamento dei medici dei grandi centri, ecc.), *necessità di una rappresentanza politica nella nostra Associazione, inscrizione della Associazione alla Confederazione Generale del Lavoro, rapporti tra Ordini e Sindacati, passaggio del servizio sanitario comunale alle dipendenze dei Consigli Sanitari Provinciali.* — I relatori e proponenti dei temi, pur rinunciando, data la imprescindibile ragione di tempo, a trattarli, dichiararono però di riservarsi la libertà di continuarne lo svolgimento sul Bollettino della Associazione in attesa del prossimo Congresso.

Così pure gli altri argomenti subirono di necessità uno strozzamento nella loro discussione. Basta ad ogni modo accennarli per comprendere subito quale possa essere stata la decisione del Congresso: *Riduzioni ferroviarie — Istituzione di una Cassa sussidi a disposizione del Comitato Centrale — Capitolato Regionale — Sul ritardo nel pagamento degli stipendi — L'autoréclame sui giornali politici è lesiva al decoro dei medici — Parcella esecutiva per gli onorari dovuti per tutte le prestazioni sanitarie — Dispensa dalla presentazione dei documenti di rito per i medici titolari di condotta in seguito a regolare concorso.*

L'argomento sulla *sistemazione economica del Bollettino* era stato in gran parte risolto nella discussione della relazione finanziaria.

Alla fine furono espressi alcuni voti, tra cui importante quello di completa solidarietà per i medici condotti di Casale Monferrato che stanno per abbandonare il servizio in seguito alla cocciutaggine delle locali Amministrazioni nel non volerne riconoscere i diritti che pure furono accolti dalla G. P. A.

Dopo una proposta perchè il Consiglio Nazionale della Associazione (a cui spetta la decisione in merito) decida perchè Bari sia sede del Congresso nel 1922, si procedette alla chiusura dei lavori, inviando un caloroso ringraziamento a Genova ospitale ed al Comitato ordinatore del Congresso che, con a capo i bravi colleghi Mossa, Bevestrello ed Arpini, seppe in modo mirabile superare difficoltà non poche, corrispondendo alla generale aspettativa.

Martedì 11 ottobre la quasi totalità dei congressisti partecipò alla gita, per mare, a Rapallo, ove ebbe luogo al Grand-Hôtel il pranzo di chiusura.

Dott. GUGLIELMO OLIARO.

Convegno dei Presidenti degli Ospedali della Toscana.

Il 6 ottobre presso l'Amministrazione dell'Arcispedale di S. Maria Nuova di Firenze si adunarono i Pr[illegible] i Direttori degli Ospedali della Toscana pe[illegible]llecitare dal Governo provvedimenti atti a superare la crisi finanziaria che attraversano gli Ospedali.

Dopo ampia discussione fu votato il seguente ordine del giorno proposto dall'avv. Marabottini, Segretario generale del R. Arcispedale di S. Maria Nuova di Firenze:

« I Presidenti degli Ospedali, riuniti, ecc.,

Considerando che gli Ospedali d'Italia in genere e quelli della Toscana in specie si trovano nell'assoluta impossibilità di continuare a compiere la loro funzione di assistenza e di cura per mancanza assoluta dei mezzi necessari a far fronte al servizio di Cassa, di guisa che ove non si prendano dal Governo tempestivi ed adeguati provvedimenti dovranno ineluttabilmente per la massima parte chiudersi del tutto ed in parte limitare grandissimamente la loro funzionalità;

Considerato che i Decreti Luogotenenziali 8 marzo 1917, n. 504, e 21 aprile 1918, n. 601, per quanto inspirati al concetto di agevolare l'incasso dei crediti di spedalità, non raggiungono in pratica il desiderato scopo, sia per la troppo lunga e laboriosa procedura da essi richiesta, sia perchè, anche dopo esaurita la trafila del loro complicato procedimento, si arriva ad ottenere degli ordini di pagamento in pratica non realizzabili, in quanto le Prefetture non provvedono a farli eseguire coattivamente;

Ritenuto che i provvedimenti definitivi che il Governo sarà certamente per adottare a vantaggio

degli Ospedali, sia con la legge sull'Assicurazione obbligatoria contro le malattie, sia con l'istituire delle apposite nuove tasse od aliquote sulle esistenti a favore dei Nosocomi, sia col devolvere a favore di detti Istituti i proventi di una eventuale statizzazione dei giuochi d'azzardo, questi od altri simili provvedimenti hanno ancora bisogno di profondo e maturo studio ed esame, talchè non potranno essere elaborati ed applicati che fra degli anni ancora, mentre frattanto in questo periodo di tempo gli Ospedali, nelle condizioni attuali finanziarie, non avrebbero di che vivere;

Ritenuto perciò come si renda indispensabile l'emanazione di un provvedimento, sia pure transitorio, atto a dar modo agli Ospedali di disporre di fondi necessari al loro funzionamento;

Richiedono:

1° Che il Governo con una immediata, continuativa e proporzionale distribuzione di sussidi sul provento delle tasse sui pubblici spettacoli che occorre sia assai aumentato e in nessun modo distratto dallo scopo per cui fu assegnato, metta in grado gli Ospedali di far fronte ai loro impegni, fino alla fine del corrente anno.

2° Che venga, con quella sollecitudine che l'estrema urgenza impone, emanato un Decreto-Legge in base al quale i Comuni della Provincia, ove ha sede l'Ospedale, o quelli delle provincie limitrofe, siano obbligati anno per anno a versare bimestralmente, entro dieci giorni, da ogni scadenza delle tasse, un acconto sulle spedalità dell'anno in corso corrispondente ad 1/6 dei 4/5 dell'importo presunto delle spedalità dell'annata valutato in base alla retta o rette dell'annata stessa ed al numero medio delle degenze verificatesi nel triennio 1918-1920, e garantendo il puntuale pagamento delle sei rate bimestrali mediante rilascio, anno per anno, di una delegazione sulla sovrimposta comunale pagabile per 1/6 ad ogni scadenza delle tasse salvo conguaglio, nel primo mese dell'anno successivo, fra l'importo degli acconti versati e l'ammontare definitivo della spedalità.

3° Che la procedura per la riscossione dei crediti di spedalità in base al D. L. 21 aprile 1918, n. 601 ed a quello precedente dell'8 marzo 1917, n. 504 sia notevolmente semplificata abbreviandosi tutti i termini in detti decreti indicati, abolendo quello dei due mesi dopo la seconda notificazione degli elenchi vistati e stabilendo ancora che le Prefetture al momento dell'applicazione del visto di esecutorietà agli elenchi, decretino fin d'allora ed *allora per quando* il pagamento coattivo a carico del Comune in caso di mancato pagamento entro 15 giorni dalla notificazione dell'elenco vistato.

4° Che vengano prorogate le disposizioni di cui nel D. L. 14 febbraio 1918 per il ripiano dei disavanzi finchè il costo della vita non abbia ripreso il suo ritmo normale, e i bilanci preventivi non possano farsi su basi certe e sicure e non coll'alea dell'attuale continua oscillazione dei prezzi e che frattanto venga facoltizzata la Cassa Depositi e Prestiti a concedere altri mutui di favore per l'immediato ripiano del passivo ospitaliero rinnovando il decreto luogotenenziale 21 aprile 1918 n. 601.

5° Che vengano posti i Comuni nelle condizioni di far fronte al grave onere di spedalità, anche autorizzandoli, ove occorra, ad imporre un'apposita tassa.

6° Che si dia immediata opera a provvedimenti definitivi, con particolare riguardo a quello che s'intitola alla assicurazione obbligatoria contro le malattie.

E considerando che ove il Governo non si interessi immediatamente nel modo sopra espresso delle sorti degli ospedali, questi non potranno trovarsi, a brevissima distanza, che nella inevitabile ed assoluta necessità di dover cessare dalla loro funzione,

I convenuti, declinando ogni responsabilità per le conseguenze dolorose di uno stato di cose da essi previsto ed altamente ripetutamente proclamato,

Deliberano

di essere pronti a rassegnare in massa il loro mandato perchè il Governo, potendo e dovendo tutelare le sorti degli Ospedali, ove non si interessasse della gravissima attuale questione ospitaliera, provveda direttamente alla assistenza degli infermi ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9084) *Supplenza - Compenso.* — Dott. A. C. da F. — Per il tempo che da solo ha fatto l'intero servizio della condotta ha diritto ad un maggiore assegno, di fronte a quello pattuito per la gestione di una sola Sezione. Faccia analoga domanda al Comune.

(9085) *Secondo caro-viveri.* — Dott. G. G. da M. — A titolo di *secondo* caro-viveri e non di *doppio*, come Ella si esprime nel quesito, Le competono lire 100 mensili, oltre tante volte cent. 85 al giorno, per quante sono le persone di famiglia, compreso il conjuge. In altri termini lire 151 mensili.

(9087) *Concorrenza professionale.* — Dott. F. P. da M. S. — Le circostanze esposte sono ben gravi, in quanto rivolgono la clientela migliore, che paga, verso chi si può permettere di esercitare gratis la professione, rimettendoci eziandio qualche medicinale di lieve entità. All'altro sanitario, al terzo, non restano che gli avanzi, se ve ne sono. Non vi è, però, mezzo legale per far cessare tale predominio, che giova a chi lo esercita, ma danneggia enormemente chi lo subisce.

(9088) *Congedo ordinario.* — Dott. M. M. da M. — La richiesta del Comune di farle rilasciare la dichiarazione con cui si obblighi a rimanere in condotta fino al 31 dicembre prossimo, e ciò prima di accordarle il congedo, non è legale, in quanto che subordina la concessione alla assunzione di un obbligo, *ad onere*, a causa del congedo, contrariamente alla tassativa disposizione della legge sanitaria. Ella si può ben rifiutare di accettare la imposta condizione, e, se del caso, ricorra al Prefetto della Provincia.

(9089) *Concorso a medico condotto.* — Dott. G. D. da R. C. — Non avendo accettato il posto il primo graduato nell'elenco, si può scegliere il secondo e così di seguito fino, anche, all'ultimo, giacchè tutti coloro che sono compresi nella graduatoria sono egualmente eleggibili. Se qualcuno di quelli precedentemente nominati assumesse, sia pur per poco tempo, servizio, il concorso sarebbe con quella nomina stato esaurito e se ne dovrebbe bandire un altro.

(9090) *Armadio farmaceutico.* — Dott. T. P. da M. — Gli armadî farmaceutici sono per legge da tempo soppressi. Se esistono lo è per tolleranza ed anche un po' per necessità, non potendo far rimanere una regione senza alcuna farmacia.

(9091) *Ricchezza mobile sullo stipendio e sulla indennità di cavalcatura.* — Dott. L. A. da I. — Sulla indennità giornaliera che Ella percepisce come interino deve pagare la R. M. Sulla indennità cavalcatura, se è pagata a *forfait*, deve egualmente corrispondere la detta tassa. Non si è obbligati a tale pagamento se la cavalcatura è pagata sotto forma di rimborso di spese già fatte.

(9092) *Diritto di abitazione.* — Dott. E. B. da S. L. N. — Dal momento che l'abitazione deve essere, per patto contrattuale di prima nomina, fornita gratuitamente dal Comune, non si può ora permettere che si revochi la fatta concessione. Essa seguita a sussistere, malgrado i conseguiti miglioramenti di stipendio.

(9093) *Esercizio professionale delle levatrici.* — Dott. abb. 681. — Per conoscere a fondo le operazioni che può compiere la levatrice bisogna tener presente il Decreto Ministeriale del 17 giugno ultimo, con cui è disciplinato completamente il relativo servizio. Per aver contezza della relazione all'uopo presentata dalla Commissione nominata dal Ministero della Pubblica Istruzione, occorre che legga la Sezione Pratica del «Policlinico», a pag. 1219 (anno XXVIII, fasc. 36).

(9094) *Prestazioni obbligatorie.* — Dott. T. B. da M. F. — La legge sulle strade obbligatorie non esclude il medico dalla prestazione in natura. Se egli non può andare a lavorare, deve pagare. È una tassa come tutte le altre.

(9095) *Acquisto della stabilità.* — Dott. L. M. (9342). — Il periodo di interinato se non è seguito da nomina in base a concorso non produce mai l'acquisto della stabilità, per quanto lungo esso sia stato e per quanto non vi sia stata disdetta.

(9096) *Concorso - Diritto alla nomina dell'unico concorrente.* — Dott. T. D. G. da G. (4462) — Il diritto alla nomina dell'unico concorrente è ampiamente sviluppato, con richiami alla vigente giurisprudenza, nel volume del comm. Vigo: «La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale», a pag. 74.

(9097) *Seconda indennità caro-viveri.* — Dott. A. A. da U. la C. — Per la seconda indennità caro-viveri spettano cent. 85 al giorno ad ogni persona di famiglia, compreso il coniuge. Quindi i primi tre figli pigliano cent. 85 per ciascuno e gli altri due prendono ognuno due volte cent. 85. Rettifichi, in tali sensi, i conti con l'Amministrazione municipale.

(9098) *Prestazioni sanitarie ai poveri.* — Dottore M. R. da P. — Poichè il Comune ha l'obbligo di provvedere alla assistenza sanitaria pei poveri, ad esso compete il pagamento della prestazione fatta alla partoriente. Se non ci fosse stata Lei, il Comune, con maggiore spesa, avrebbe dovuto mandare la paziente in un Ospedale e pagarne le rispettive rette di ricovero. Si intende che la famiglia della partoriente deve risultare inscritta nello elenco dei poveri.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — Al G. V. da S.:

Dato il tempo trascorso non rimane altra autorità competente a rilasciarle il certificato che il Ministero della Guerra (Direzione Centrale dei Servizii Sanitarii) alla quale potrà rivolgersi con domanda regolarmente diretta, in carta bollata.

Le proposte di ricompense ai benemeriti della salute pubblica sono state tutte, per il tramite delle Intendenze delle varie Armate, inoltrate al Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) cui spetta il conferimento di questa specie di onorificenze. Ella potrà quindi, previa la suddetta Direzione, aver notizia della pratica che riguarda la medaglia per la quale è stato proposto.

G. M.

CONCORSI.

ACQUAPENDENTE (*Roma*). — Scad. 5 nov. 2ª cond.; L. 7000 per 1500 pov., addizion. L. 1.50; caro-viv. come per gl'impiegati dello Stato, L. 2000 per cavalcatura.

BARI. *Municipio.* — Coadiutore del Laboratorio medico-micrografico; titoli ed esami; età 25-40 anni; L. 7000, aumenti annuali di L. 160 per i primi 10 anni e di L. 200 per i 10 successivi; caro-viv. Scad. ore 15 del 5 nov. Chiedere annunzio.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore.* — Primario 1ª Sezione Medica: L. 5000 e caro-viv. di L. 1200 se ammogliato, L. 780 se celibe. Scad. ore 15 del 30 nov. È permesso l'esercizio professionale libero e di case di salute.

CAROSINO (*Lecce*). — Scad. 10 nov. L. 5000 oltre L. 500 uff. san., c.-v., 4 quinquenni decimo, L. 1.50 ogni povero in più di 1500.

CASOLE D'ELSA (*Siena*). — Scad. 15 nov. Due cond.; L. 6500 e 8 trienni del ventes.; L. 4000 cavalc.; 2 caro-viv. e supplementi per le persone a carico.

CASTELLUCCIO DE' SAURI (*Foggia*). — Scad. 10 novembre, L. 4500 iniziali doppio caro-viv. (in corso d'approvaz.), L. 500 indenn. malar.; L. 1000 uff. san. Serv. entro 20 giorni.

CASTEL RITALDI (*Perugia*). — Scad. 10 novembre. L. 6000, c.-v., per cavalc. L. 4000.

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE. *Ospedale Civile.* — Al 30 nov., direttore chirurgo; L. 10,000 e 5 quadrienni decimo, L. 1000 indenn. temporanea alloggio. Nomina su terna. Chiedere annunzio alla Congregazione di carità.

CORIANO (*Forlì*). — A tutto 15 nov. 2° e 3° rep.; L. 8000 e 10 bienni del ventesimo e L. 2500 cavalc. per circa 800 pov., caro-viv., L. 1000 assegni. Servizio entro 15 giorni. Chiedere annunzio.

FOGGIA. *R. Prefettura di Capitanata.* — Sanitario presso la Colonia dei Coatti di Tremiti; lire 5500 oltre L. 900 indenn. resid., L. 600 arm. farm., L. 1000 uff. san., alloggio, due caro-viv. Chiedere annunzio. Scad. 15 dicembre.

GAGLIANO CASTELFERRATO (*Catania*). — L. 5000; cinque quinquenni del decimo; doppio caro-viveri. Scadenza 15 novembre. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

GENAZZANO (*Roma*). — Scad. 30 giorni dal 15 ott.; 2ª condotta: età limite 45; L. 7000 e caro-viv.

MILANO. *Opera Pia Poliambulanza Milanese* (via Arena, 20). — Dirigente e aiuto Sez. Cardiologia. Scad. 20 nov.

MILANO. *Ufficio Provinciale del Lavoro.* — Scadenza 30 nov. Medico igienista; L. 10.500 e 12 bienni decimo; due caro-viv.

NIBBIANO (*Ancona*). — Scad. 20 nov.; per Tredozio; L. 6500 oltre L. 3000 pei poveri; 5 quadr.; doppio caro-viv.; L. 400 per l'ambulatorio.

NORMA (*Roma*). — Scad. 3 nov. L. 7000 più lire 500 disag. resid. e L. 300 uff. san.; due c.-v.

SAN GIOVANNI IN MARIGNANO (*Forlì*). — Al 30 nov. (ore 19); L. 8000 e 2 caro-viv. per 600 pov., L. 2500 per cav., abitaz.

SAN GREGORIO DA SASSOLA (*Roma*). — Scad. 5 novembre; L. 7000 e 5 quadrienni decimo, L. 500 disag. resid., L. 300 uff. san., L. 300 arm. farm., due caro-viv. Serv. entro 15 giorni.

SAVIANO (*Caserta*). — L. 6000 per i pov. Scadenza 15 novembre.

STRIANO (*Caserta*). — Scad. 18 nov.; L. 6000 e caro-viv.

TERNI (*Perugia*). — Scad. 15 nov. Vedi fasc. 42.

TERRA DEL SOLE (*Firenze*). — Al 10 nov. (ore 18). Cons. con Castrocaro; 2° reparto; L. 6000 e 8 trienni decimo, due caro-viv., L. 2000 per cavalc.; kmq. 19; pov. 600 circa. Età limite 33.

ROMA. *Ministero della Marina (Ispettorato di Sanità militare marittima).* — 24 tenenti medici in servizio attivo permanente. Vedi fasc. 43. Scadenza 15 novembre.

Medico, pratica professionale, conoscenza quattro lingue straniere, cerca posto quale Assistente presso Casa di cura, Sanatorio o simile. Rivolgersi alla redazione giornale « Federazione Medica », Bologna, Palazzo dell'Archiginnasio.

Medico straniero, laureato in Italia, poliglotta, pratica condotte ed ospedali, cerca occupazione adatta. Indirizzare: Alatri, via Arco dei Ginnasi, 23, Roma (per il dottore).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In esito del concorso bandito il 26 aprile 1921 per un posto di primario di medicina nell'Ospedale di S. Giovanni in Torino e in seguito al giudizio della Commissione esaminatrice composta dei professori: senatore Maragliano, Zagari, Cantù, Ronchetti, Dogliotti, il Consiglio di amministrazione dell'Ospedale, nella seduta del 7 settembre, proclamò vincitore del concorso il prof. Ernesto Pesci.

Nella stessa seduta il Consiglio di amministrazione deliberò di nominare il prof. Gustavo Quarelli primario di medicina pel posto che si rendesse vacante entro un anno dalla data della deliberazione.

A direttore del Laboratorio batteriologico presso l'Ufficio d'Igiene Civico di Milano è nominato il dott. prof. Celestino Gozzi.

Con R. D. 19 agosto 1921 è stata conferita la medaglia di bronzo al valor militare al dott. Francesco Milano, ex S. tenente medico del 16° Batt. d'Assalto, per il seguente motivo:

« Per tutta la durata di un combattimento violentissimo fu sulla linea di fuoco per apprestare ai feriti le cure più pronte. Serrato appresso da numerosi nemici, impugnò un moschetto e combattè da valoroso, primo tra i primi ». — Monte Meletta di Gallio, 5 dicembre 1917.

Il dott. Gottardo Gottardi, libero esercente di Venezia, 1° capitano medico nella C. R. I., su proposta del Presidente della C. R. I. è stato nominato cavaliere della Corona d'Italia « per alte benemerenze acquistate nel disimpegno delle sue importanti funzioni durante la guerra ».

Il Municipio di Würzburg ha conferita la cittadinanza onoraria a v. Röntgen in occasione del 25° anniversario della scoperta dei raggi X.

A Basilea, dopo il rifiuto di Abderhalden, è stato chiamato il prof. K. Spiro da Strasburgo come successore di G. v. Bunge.

NOTIZIE DIVERSE.

Nuove norme per gli infortuni agricoli.

Il Consiglio dei ministri, su proposta del ministro del Lavoro on. Beneduce, ha approvato alcune modificazioni al vigente regolamento sugli infortuni agricoli, in relazione alla legge 24 marzo 1921, la quale aveva aumentato le indennità d'infortunio. Con le nuove disposizioni regolamentari si porta una semplificazione nel servizio dei certificati e denuncia degli infortuni; s'intensificano le garanzie e si migliora la procedura delle inchieste amministrative affidate ai pretori; si semplifica il funzionamento dei Comitati di liquidazione e delle Commissioni arbitrali; si modifica la tabella esemplificativa delle lesioni infortunistiche: ciò anche in relazione ad analoghi ritocchi portati nella tabella per gli infortuni industriali ed alla riduzione dal 15 al 10 % del minimo indennizzabile stabilito dalla legge; si migliorano le retribuzioni stabilite per l'opera dei medici, dei membri dei Comitati di liquidazione e di quelli delle Commissioni arbitrali.

Le zone di rispetto dei cimiteri.

Il Ministero dell'Interno ha ripresentato al Senato del Regno un disegno di legge già approvato dallo stesso nel gennaio scorso, ma che non fu discusso dalla Camera dei deputati per fine di legislatura. Consta di un articolo che sostituisce l'art. 196 T. U. leggi sanitarie.

Corso di perfezionamento in Igiene.

Dal 10 gennaio al 10 marzo 1922, nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma avrà luogo un corso di perfezionamento in Igiene per laureati in Medicina e Chirurgia, ed eventualmente per laureati in Veterinaria, Chimica-Farmacia e Farmacia. Il corso sarà svolto tenendo conto dei programmi per gli esami di concorso ai posti di ufficiale sanitario.

Gl'insegnamenti che s'impartiranno nel predetto corso sono i seguenti: Epidemiologia, Batteriologia, Sierologia, Microscopia, Protozoologia, Parassitologia, Chimica e fisica applicate, Igiene del suolo e dell'abitato, Legislazione e polizia sanitaria, Statistica demografica, Stazioni idrominerali e climatiche, Igiene delle carni e legislazione sanitaria veterinaria.

Il corso sarà svolto prevalentemente nelle ore antimeridiane, salvo qualche insegnamento senza esercitazioni, che sarà tenuto nel pomeriggio.

A chi avrà frequentato regolarmente il corso verrà, in seguito a prova d'esame, rilasciato un certificato degli studi fatti.

Per essere ammessi al corso si dovrà farne domanda (su carta bollata da L. 1) al Rettore di questa Università, presentando: 1° diploma o certificato di laurea; 2° fede di nascita legalizzata; 3° ricevuta di L. 250.30 rilasciata dall'Economo dell'Università. Inoltre si dovrà versare alla Cassa dell'Università la somma di L. 79.10, occorrenti per sopratassa di esame, di diploma, per gli esercizi di Laboratorio, per bollo e indennità. Per ritirare il diploma gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta bollata da lire 1.15 e versare alla Cassa Universitaria L. 10.80.

Le iscrizioni si ricevono fino al 9 gennaio 1922, ed essendo limitato il numero dei posti disponibili, le ammissioni avranno luogo secondo l'ordine di presentazione delle domande.

Coloro che posseggono il microscopio, sono pregati, nel loro stesso interesse, di portarlo, per uso personale, al predetto corso.

Corso d'igiene e profilassi portuale.

Il 10 c. m. nella sede dell'Ufficio Sanitario del Porto di Venezia fu tenuta l'ultima lezione del corso d'Igiene e profilassi portuale, ideato e attuato con mirabile volontà dal prof. Casagrandi, direttore dell'Istituto Universitario d'Igiene di Padova e autorizzato dalla benemerita Direzione Generale di Sanità.

Le ultime lezioni del corso furono tenute in Venezia dal medico di porto dott. Campanella, che illustrò con vera competenza ciò che riguarda la igiene navale e portuale, facendo seguire ad ogni lezione la parte pratica con la visita a bordo dei piroscafi in arrivo e in partenza nel porto e ai vari servizi di disinfezione della Sanità Marittima.

Alla chiusa della lezione il dott. Campanella fu vivamente complimentato dai colleghi, i quali fecero voti perchè ogni anno abbia a ripetersi in Venezia questo corso d'Igiene, che potendo unire alla trattazione teorica la esposizione pratica indispensabile, dà sicuro affidamento di una buona preparazione per i medici che vogliono intraprendere la carriera di Medico di bordo.

Dati demografici su Roma.

Dal più recente Bollettino dell'Ufficio Municipale del Lavoro di Roma risultano i seguenti dati. Dall'aprile al maggio la popolazione è aumentata di 1648 persone contro 2645 dal marzo all'aprile; il minore incremento è dovuto ad una più bassa eccedenza di immigrati (730, mentre nei tre mesi precedenti aveva superato sempre il migliaio) ed alla quasi stabilità della guarnigione; invece più alta che in tutti i mesi precedenti è stata l'eccedenza dei nati: 474. La popolazione *presente* è salita da 673,793 a 675,445 e quella *residente* da 659,160 a 660,817. I matrimoni sono stati 352 di cui 7 fra vedovi, 36 fra celibi e vedove o fra vedovi e nubili, 6 fra consanguinei; gli sposi analfabeti sono stati 7. Sono morte 650 persone, di cui 344 maschi e 306 femmine; 29 con meno di 30 giorni di vita, 10 oltre gli 80 anni.

Le malattie che hanno mietuto più vittime sono la tubercolosi (221, di cui 95 per tubercolosi polmonari), la polmonite e la broncopolmonite (160), i tumori maligni (65), le malattie di cuore (47), le enteriti (42 in prevalenza bambini). Sono avvenuti 38 suicidi, dei quali 15 compiuti e gli altri tentati. L'Istituto antirabico ha ricevuto 137 persone: 44 sono state rimandate, 93 ammesse alla cura. Sono avvenuti 649 infortuni sul lavoro denunziati alla questura; 155 in opere edilizie, 134 in lavori metallurgici o meccanici. Nei dispensari antitubercolari si sono presentati 4146 individui, di cui 530 giudicati tubercolotici, 846 in osservazione; ai dispensari celtici municipali si sono presentati 380 malati.

Nuovo Ospizio Marino al Lido di Venezia.

Il 6 ottobre si svolse la cerimonia della posa della prima pietra del nuovo Ospizio Marino che sorgerà sul mare al Lido, presso S. Nicolò.

Questo Istituto non è che la rinnovazione del vecchio esistente in altro posto, su un'area di 23.000 mq. che si estende per una lunghezza di 300 metri di fronte al mare su un'ampia distesa di sabbia. Sorgeranno per ora sei padiglioni a 40 metri circa dall'acqua con possibilità di costruzione fino a undici disposti su due linee in modo che tutti possono godere della vista del mare. Vi saranno padiglioni a due piani con tetti a terrazza praticabile per le cure speciali, con sale ariosissime e luminose, da 150 letti, con 15 mq. di superficie per letto e altri 25 mc. di volume. Appartate vi saranno camere per i bagni e servizi. Vi sarà anche un padiglione per dozzinanti. Riscaldamento con termosifone.

Nella parte posteriore separati da giardini sorgeranno i padiglioni di chirurgia e medicina con impianti radiografici, sale per le cure elioterapiche, con tutto quello che è necessario per un perfetto impianto ospedaliero.

Vi sarà un padiglione di osservazione per i bambini appena accolti, capace di 50 letti, per la lavanderia a vapore con impianti moderni per disinfezione, per l'isolamento di forme infettive, ecc.

Nel centro dell'area sorgerà un ampio fabbricato a due piani per uffici, refettori, alloggi per personale sanitario e di servizio, cucine, ecc.

Alla cerimonia intervennero: il Sindaco professore Giordano, il Patriarca, tutte le altre Autorità e molti sanitari ed il progettista ing. Spandri. Vi furono discorsi vari.

Intanto si può anche annunciare la prossima fusione con l'Ospizio Marino, dell'Istituto Rachitici, e della colonia Alpina: così tutta la cura dei bambini verrà coordinata con metodo pratico e scientifico al mare ed al monte secondo il bisogno e da un'unica amministrazione si avrà una migliore gestione economica a profitto dell'infanzia bisognosa.

Congresso Stomatologico Italiano.

Promosso dalla Federazione Stomatologica Italiana ebbe luogo a Trieste, nei giorni 1-4 ottobre corr., il X Congresso Stomatologico Italiano. Oltre a numerose ed importanti comunicazioni furono svolte le seguenti relazioni su temi proposti dalla Federazione:

— Servizio odontoiatrico nelle scuole (relatore prof. Piperno, Roma);

— Riordinamento degli studi medici in rapporto alla necessità della specializzazione e al relativo conferimento del titolo di specialista (prof. R. D'Alise, Napoli);

— Igiene orale. Complicazioni generali da focolai settici orali (dott. De Vecchis, Napoli);

— I moderni progressi della chirurgia orale (dottor Cavina, Bologna);

— L'Odontoiatria e le industrie sanitarie (dottor De Tomasi, Milano);

— Le imposte fiscali dirette in rapporto all'esercizio professionale della specialità odontoiatrica (dott. De Tomasi, Milano);

— Sull'esercizio abusivo (dott. Sosso, Torino).

Fu prescelta Roma quale sede dell'XI Congresso Stomatologico per il 1922.

Laurea d'argento.

Riprendendo l'antica e simpatica usanza interrotta dalla guerra, i laureati in medicina del 1896 dell'Università di Roma hanno voluto festeggiare la sera del 12 corr., alla trattoria Bucci, il XXV anniversario del loro addottoramento. Intervennero i professori Dalla Vedova, Bonfigli, Caccia, De Rossi, Galli Giulio, Milesi, Montesano V., Passera, Pecori, Pennesi e Sorgente; ed i dottori Bacci, Belloni, Buccioni, Gentili, Imperiali, La Monica, Macchia, Magalli, Massenzi, Orsini, Pampersi, Politi-Flamini, Rusconi, Spina, Tamanti e Tani. Dissero simpatiche parole, fra l'entusiasmo e la più lieta giocondità de' convenuti, il comm. Tamanti ed il prof. Passera, organizzatore della festa, così briosa e cordiale, che per unanime consenso verrà rinnovata al 30° e, auguriamo di gran cuore, anche al 50° anniversario.

Per l'Ospedale italiano di Londra.

Il 16 ottobre corr., per le principali vie di Londra, si è svolta una manifestazione, alla quale hanno partecipato parecchie migliaia di persone, e che ha avuto per scopo di raccogliere fondi destinati all'Ospedale italiano di Londra.

Un corteo artistico in costumi romani, del medio evo e italiani moderni, in automobili decorate, inviate dai rappresentanti di tutte le Società e dalla maggior parte delle ditte italiane di Londra, ha sfilato per le vie.

L'assicurazione contro le malattie in Inghilterra.

Il Ministero di Sanità in Inghilterra ha ufficialmente notificato che col nuovo anno l'attuale quota di capitazione corrisposta ai medici che prestano la loro opera nell'assicurazione nazionale malattie, dovrà essere ridotta. Essa è ora di 11 scellini (ossia più di 40 delle nostre lire cartacee !), mentre l'assicurazione medica britannica aveva insistentemente richiesto 13 scellini e 6 pence (ossia oltre 50 delle nostre lire). La riduzione minacciata importerebbe un'economia di 2 milioni di sterline.

Naturalmente il comunicato del Ministero solleva una viva opposizione da parte dei medici, anche in considerazione del florido stato finanziario dell'assicurazione nazionale, nonchè della riduzione che il Ministero intende portare nel numero massimo di clienti consentito a ciascun medico (ora è di 3000, salvo in alcune località, ove è di 2500; ciò corrisponde ad un introito massimo di 130.000 delle nostre lire all'anno incirca.

Termometri tedeschi in Francia.

È stato scoperto che moltissimi dei termometri clinici usati in Francia sono di fabbricazione tedesca: i commercianti francesi si limitano a fonderne un'estremità, ad asportarne una listerella che porta l'iscrizione della fabbrica ed a sostituirvi un'iscrizione francese.

Su ogni termometro lo Stato fa pagare ora una tassa di fr. 1.25 per il controllo obbligatorio.

(Dal *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 10 lug. 1921).

Ciarlatanismo farmaceutico.

Il *Paris Médical* reca che un farmacista ed un chimico sono stati condannati dal Tribunale della Senna ad un mese di prigione e 5000 franchi di ammenda per la loro *réclame* al «Toxicurol», prodotto che essi affermavano atto a guarire la tubercolosi e meno dispendioso di altri rimedi. Le perizie dimostrarono trattarsi di un caso tipico di *réclame* fraudolenta; ma il Tribunale non entrò nel merito e si limitò a comminare la massima pena sancita per esercizio illegale della medicina.

Sciopero di medici nella Czeco-Slovacchia.

I medici delle assicurazioni sono stati in sciopero nella Czeco-Slovacchia. Secondo la presidenza centrale della loro Associazione, lo sciopero è stato completo in tutta la repubblica. I fondi dell'associazione si esaurirono subito, ma i medici poterono sostenere lo sciopero prestando la loro opera agli assicurati dietro compenso: in altri termini, lo sciopero fu rivolto verso le Casse d'assicurazione e non verso i malati. *(Journal A. M. G.)*.

Riforma dell'insegnamento universitario in Russia.

Col principio del prossimo anno scolastico le università russe accoglieranno una riforma, in base alla quale l'insegnamento propriamente det-

to verrà separato dal lavoro scientifico. In vista di questa riforma gli scienziati potranno compiere i loro studi senza essere costretti all'insegnamento, cui possono non essere portati, mentre le lezioni verranno impartite da abili didatti anche se non sono scienziati di valore. Così la *Russia dei Soviet*.

L'insegnamento della medicina al Giappone.

In un'adunanza di medici giapponesi tenutasi a Berlino, fu trattato il tema dell'insegnamento medico al Giappone.

Esistono al Giappone sei Università con Facoltà mediche annesse; ma il numero totale di scuole mediche ascende a 21; una di esse è riservata esclusivamente al sesso femminile.

Il corso dura 4 anni. Ogni anno vengono diplomati incirca 1000 medici.

Quando, dal 1860 al 1870, fu riorganizzato l'insegnamento medico, si vollero dotare alcune cattedre con personale eminente: si rimase perplessi sulle nazionalità cui trarlo: infine la scelta cadde sulla Germania e sull'Austria. E sebbene oggi gli insegnanti siano tutti giapponesi, l'influenza della coltura teutonica continua a farsi sentire.

Tutti gli anni, in aprile, si tiene un Congresso medico, ripartito in sezioni; le sezioni di medicina e di chirurgia generale durano tre giorni.

Il Giappone conta molti periodici medici, ma la maggior parte è in lingua giapponese, epperò inaccessibile a noi.

(*El Siglo Méd.*, 3 sett. 1921).

Il numero dei medici nel Giappone.

Secondo un recente censimento, riferito dal *Japan medical World*, i medici nel Giappone sono 45,000, per una popolazione di 55 milioni; ciò che corrisponde a circa un medico per 1200 abitanti.

I medici sono più che sufficienti nelle città e borgate, mentre sono scarsi nelle campagne, ciò che rende in queste ultime l'assistenza sanitaria ed igienica affatto insufficiente.

Scuola medica di Pechino.

È terminata a Pechino la costruzione dell'edificio che accoglierà la Scuola universitaria di medicina fondata da un Comitato anglo-americano con fondi provveduti dai Rockefeller. È stata assorbita la somma di un milione e mezzo di sterline, cioè 150 milioni delle nostre lire; per consenso generale, la nuova Università è riuscita un vero modello. Vi impartiranno l'insegnamento 90 professori.

Questa Università di medicina sostituisce una Scuola istituita da un missionario inglese, il dottor Balme, nel 1827, e mantenuta poi con sottoscrizioni volontarie di cittadini inglesi.

(Da *Pathologica*, 11 ott. 1921).

Scuola medica nell'Africa meridionale.

A Johannesburg, nel Transvaal, si è inaugurata una nuova grande sede degli Istituti clinici. Essa rappresenta il primo avviamento per dotare la colonia di una Università degna della importanza da questa assunta. Nel piano degli organizzatori dovrebbe essere la maggiore dell'Africa.

Un Ministero federale di Sanità australiano.

Il *Medical Journal of Australia* porta la notizia della istituzione a Melbourne di un Ministero federale della Sanità, con un ministro responsabile. Pare che l'iniziativa sia stata favorita dalle attività del signor Heiser, direttore dell'Internat. East Board dell' Istituto Rockefeller, in seguito alle risultanze di una inchiesta sulla diffusione dell'anchilostomiasi.

La Rockefeller Found, mette a disposizione del nuovo Ministero tre esperti: uno in igiene industriale, uno in igiene tropicale ed uno in ingegneria sanitaria, oltre ad un esperto nella organizzazione dei laboratorii di medicina preventiva. Si è già provveduto ad impiantare dieci laboratorii del genere.

K. D. K. E.

Non è un veleno, ma secondo gli *Archives de medicina, cirurgia y especialidades*, l'appello che deve inviare per telegrafia senza fili, ogni vapore che abbia a bordo un malato. Questo nella speranza che qualche medico, viaggiante su un altro vapore nei pressi del bastimento, possa essere avvertito del caso e domandare, sempre per telegrafo senza fili, delle informazioni che gli permettano di stabilire una diagnosi e di istituire un trattamento d'attesa. (*Gazz. d. Osped. e d. Clin.*).

È morto a 91 anni il fisiologo prof. HENRY BEAUNIS, uno degli ultimi sopravvissuti della Facoltà medica di Strasburgo quale essa era costituita prima della guerra franco-prussiana.

Dopo la vittoria teutonica, passò a Nancy, dove contribuì a creare la famosa scuola per lo studio dell'ipnotismo, della quale era anima Bernheim.

Consacratosi alle ricerche sulla fisiologia del sistema nervoso centrale, ha fatto compiere sensibili progressi alle nostre conoscenze sulla dinamica cerebrale, sulle sensazioni interne, sulla psicometria; è in gran parte mercè sua che la psicologia tende a divenire un capitolo della fisiologia.

Fu poi chiamato alla Sorbona, per fondarvi il primo laboratorio francese di psicologia.

Ha pubblicato un grandioso « Trattato di fisiologia », tradotto e largamente commentato in italiano. Con A. Binet fondò l'« Année psychologique ». Lascia molte pubblicazioni in campi vari della fisiologia.

R. B.

Dopo 18 anni di indefesso e faticoso lavoro professionale, nello scorso luglio, appena quarantenne, colpito da pulmonite, moriva sulla breccia il Dottor GIUSEPPE INGRAO, colto, intelligente e solerte medico condotto di Lenola (Caserta). Fu sinceramente compianto dagli abitanti della sua Lenola e dei paesi circonvicini, che apprezzavano la sua bontà di animo ed il suo non comune valore professionale.

g. i.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Annali d'Igiene, luglio. — V. Puntoni. Vaccinazione antirabica con emulsioni fenicate. — F. Bisbini. Bacilli piocianei e bac. fluorescenti.

Folia Gynecologica, fasc. 3. — C. Decio. Asma e gravidanza. — L. Barialli. La febbre nella gravidanza extrauterina.

Morgagni, Archivio. — A. Vinaj. Modificazioni ematiche e circolatorie indotte dalla diatermia.

Le Scalpel, 20 agosto. — Delchet. Il trattamento delle scoliosi gravi. — G. Droesbèque. Dilatazione gastrica acuta per aerofagia.

Archives méd. Belges. — Reynders. La puntura del gomito.

Presse Médicale, 20 agosto. — J. Guisez. Patogenesi e trattamento delle grandi dilatazioni esofagee. — H. Swieciki. Morbo di Basedow e surrenali.

Riforma Medica, 20 agosto. — S. Suono. Febbri e febbricole da B. columbensis.

Giornale di Medicina militare, settembre. — I gas di guerra (A. Lustig e A. Busineo).

Mediz. Klinik, 21 agosto. — M. Strauss. Piccola chirurgia della mano e del piede.

Boston med. and surg. Journ., 11 agosto. — C. J. Enebuske. Reazioni significative della tensione arteriosa.

Journ. of Am. med. Assoc., 6 agosto. — E. Guedel. Anestesia generale da cloruro d'etile. — H. Miller. Dosamento degli anestetici.

Berliner Klin. Woch. — Goldstein. I riflessi in rapporto allo sviluppo ed alla funzione.

Archivio gen. di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi, vol. II, fasc. 1°. — L. Zanon Dal Bo'. Se esistono particolari forme di psicosi in dipendenza della guerra.

La Pediatria, 15 agosto. — O. Cozzolino. Stridore timico e stridore pseudotimici. — A. Conia. La reazione di Abderhalden nel rachitismo.

Gazette des Hôpitaux, 27 ag. — R. Barthélemy. Manifestazioni gastriche della sifilide.

Le Scalpel, 27 agosto. — Déjace. Il fallimento della cura moderna della sifilide? — A. Hongardy. La funzione dell'ospitalizzazione in medicina sociale.

Berliner Klin. Woch., 29 agosto. — Kaiser, Töppich, Haggeney: Lavori sul rimedio Friedmann. — Davidsohn e Heck. Il bacillo difterico nel secreto auricolare.

Medizin. Klin., 28 agosto. — J. Bauer. Costituzione e tubercolosi. — G. Bock. La chinidina nella fibrillazione auricolare.

British med. Journal, 23 agosto. — Discussioni dell'Associazione medica britannica: *a*) sulla cistite; *b*) sulla medicina industriale.

American Medicine, luglio. — F. Martin. Misure contro le malattie veneree. — E. Fitch. La necessità delle vitamine.

New York State Journ. of Medic., agosto. — B. Pardee. Diagnosi delle malattie miocardiche. — L. Ziegler. Sintomi oculari della tossiemia da alcool metilico.

Med. Record, 13 agosto. — J. Walsh. Ciò che la medicina deve all'Italia. — Diversi lavori sull'azione dell'alcool sull'organismo.

Journ. of Am. med. Assoc., 13 ag. — P. Muller. L'istruzione del chirurgo. — A. Ferrell. La formazione degli ufficiali sanitari.

Endocrinology, luglio. — B. Eddy. La secrezione interna della milza. — M. Boothby. Le ghiandole paratiroidi; rivista sintetica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXVIII Roma, 7 Novembre 1921 Fasc. 45

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

I Congressi di Medicina Interna e di Chirurgia

XXVII Congresso di Medicina Interna.

Seduta inaugurale 25 ottobre 1921.

Alle ore 10, nell'Aula Magna della R. Università, alla presenza delle Autorità sono stati solennemente inaugurati i Congressi di Medicina e Chirurgia.

Primo a prendere la parola è il Sindaco di Napoli, Gr. Uff. GEREMICCA, che dopo avere recato il saluto della città a tutti i convenuti, rammenta il cammino glorioso compiuto dalla medicina ed esprime la riconoscenza ed ammirazione ai professori Cardarelli e Maragliano nel nome dei quali il Congresso inizia i suoi lavori sotto i più alti auspicii.

Il Rettore Magnifico, prof. MIRANDA, dopo aver rivolto il saluto dell'Università di Napoli ai congressisti, così continua il suo discorso:

«Nessuna terra è così sacra come la nostra al culto della Medicina e delle Scienze Naturali, nessuna altra terra ebbe così validi sostenitori fino alla persecuzione ed al martirio della concezione di insieme delle scienze biologiche nei loro mutui rapporti, in nessun altro Ateneo come nel nostro le discipline mediche e chirurgiche vantano una tradizione ininterrotta che va da Cirillo a Cotugno, da Lanza a Villanova, da Vulpes a Trinchera, da Salvatore De Renzi a Ramaglia, da Marco Aurelio Severino a Michele Troia, da Felice De Renzis a Ferdinando Palasciano, da Carlo Gallozzi ad Antonino d'Antona, da Salvatore Tommasi e Camillo De Meis a Francesco Prudente, da Arnaldo Cantani ad Enrico de Renzi, dal nostro glorioso e venerando decano Antonio Cardarelli al maestro insigne Leonardo Bianchi.

La Medicina contemporanea nello sforzo diuturno per uscire dal cieco empirismo ed assurgere ai domini delle Scienze Naturali ha ottenuto risultati meravigliosi».

Afferma che il medico è stato spinto a non considerare l'uomo solo in sè stesso ma nei rapporti più estesi che passano tra individuo e collettività, rapporti che elevano il compito del sanitario all'altezza morale dello educatore e dello psicologo, il quale serenamente affronta difficoltà, suscita, coordina, disciplina le operosità, i mezzi, le energie per affrontare la lotta contro certi flagelli che purtroppo ancora mietono migliaia di vittime e preparano il decadimento della vigoria fisica di tanta parte della nostra razza.

Sostiene che bisogna eccitare tutta la vigoria di cui la nostra razza è capace come lo dimostra la mirabile prova di resistenza, che sui campi di battaglia hanno offerto al mondo i nostri soldati i quali coi meravigliosi eroismi collettivi ed individuali hanno dato all'Italia nuova e più alta la coscienza e più elevato prestigio.

«Nessuna opera oltre quella della rigenerazione igienica e della elevazione intellettuale di nostra gente sarà degna del Parlamento italiano.

Ed è con questa fede, con questo augurio che io sono superbo di potere in questo vetusto Ateneo inaugurare i vostri lavori».

Terminato il discorso del prof. Miranda, fra continue e imponenti ovazioni così parla il senatore prof. A. CARDARELLI:

«Accetto questi applausi senza inorgoglirmi: essi sono dovuti alla mia età cadente e al mio modesto lavoro». Con viva parola ringrazia i colleghi convenuti da ogni parte d'Italia ed il Comitato Centrale per avere scelto Napoli quale sede

del Congresso. S'intrattiene a parlare lungamente della scuola medica napoletana, a cui non sono inferiori le altre del regno d'Italia che anch'esse vantano illustri clinici. Il prof. Cardarelli afferma che in fatto di scienza non c'è campanilismo e che la scuola medica italiana è unica ed è precisamente quella nazionale, a cui sono legati tutti coloro che sono veramente italiani.

«La nostra scuola medica napoletana — aggiunge — può avere il vanto di non avere adottato dei sistemi, ed un pregio ancora maggiore perchè essa è stata la culla dell'insegnamento privato»; su questo l'illustre oratore parla a lungo, specie dell'ampia libertà di scuola che si concedeva anche sotto il dominio dei Borboni.

Ricorda che sotto quella dinastia egli insegnò per ben due anni, senza aver chiesto un permesso speciale, ma solo affiggendo un semplice avviso. In Napoli vi era, quindi, la vera libertà di insegnamento.

Ricorda un episodio del VII Congresso di medicina che si tenne anche a Napoli, sotto il regno di Ferdinando II. I congressisti allora furono accusati dalla polizia di cospirare contro la dinastia; ma Ferdinando II lasciò loro ampia libertà.

Il prof. Cardarelli ricorda che egli nel 1880, alla Camera dei deputati, ministro dell'Istruzione De Sanctis, pronunziò un discorso sulla necessità dell'insegnamento privato. Il De Sanctis fu talmente toccato dalle parole dell'oratore, che egli stesso si fece iniziatore della istituzione di scuole libere, che trovarono poi altri difensori in Lavoro, in Villanova, in Capozzi ed altri insigni uomini.

In fine parla dell'importanza dell'ospedale degli Incurabili, che conteneva allora circa 1300 infermi di ogni parte d'Italia, ed era quello il luogo dove si esercitava il libero insegnamento della medicina.

Lunghissimi applausi ed evviva coronano la fine del discorso dell'illustre Maestro.

Il generale DELLA VALLE, in rappresentanza della Sanità Militare, porta reverente omaggio ai senatori Cardarelli e Maragliano e ricordando l'opera di umanità e di sacrificio compiuta dai medici italiani nella grande guerra esprime non il voto, ma la certezza che la medicina italiana che tanta gloria seppe acquistare sui campi di battaglia, recherà nuova luce nel progresso delle scienze mediche.

Il prof. BURCI, presidente della Società Italiana di Chirurgia, fa rilevare l'importanza dell'attuale Congresso per l'affermazione della necessità che Medicina e Chirurgia cooperino in un'intelligente e cordiale unione alla lotta contro i mali che attentano all'umana salute. Ricorda il rapido cammino compiuto dalla Chirurgia dall'introduzione della anestesia, dalle scoperte di Pasteur e di Lister, alle brillanti conquiste che essa seppe in breve tempo ottenere. Ma perchè l'opera del chirurgo sia di maggior giovamento occorre che essa sia integrata dall'opera del medico e reciprocamente e conclude sulla necessità di una più stretta collaborazione fra i cultori della medicina e della chirurgia.

Il sen. prof. MARAGLIANO, presidente della Società Italiana di Medicina Interna, pronuncia il seguente discorso:

«Un fatto nuovo conferisce oggi speciale importanza alla nostra annuale riunione.

I cultori della chirurgia si trovano qui fraternamente raccolti con quelli della medicina interna, e le due Società di medicina e chirurgia consacrano ufficialmente la loro alleanza, inaugurando ora qui unitamente i loro Congressi.

A me per privilegio cronologico — privilegio poco invidiabile — spetta l'onore di parlare per entrambe, e lo faccio con vivo compiacimento, perchè l'alleanza che in questo momento viene consacrata ufficialmente, ha un significato che varca i confini passeggieri di un cerimoniale simpatico, ma assurge ad un'alta importanza scientifica e pratica.

Questa alleanza è l'esponente di una situazione di fatto che, preparata poco a poco dalla necessità della pratica e dalle conquiste della scienza, è oggi solidamente stabilita in tutto il mondo civile.

Due grandi clinici ne furono i pronubi: uno chirurgo, Mikulicz; uno medico, Naunyn.

Le vicende di quel graduale progressivo pellegrinaggio che in Germania i professori fanno da una Università all'altra, pellegrinaggio che ebbe una grande parte nella forte e potente nazionalizzazione della scienza avvenuta colà, mentre le residenze immutate tendono a farla divenire regionale, queste vicende li avevano riuniti nel 1887 a Königsberg. La comunione di spirito e di propositi nata e cresciuta al letto degli ammalati, nelle consultazioni pubbliche, destinate per discutere e stabilire gli interventi chirurgici nelle malattie interne — così narra Naunyn — fece maturare poco a poco nella loro mente la necessità di una più intima unione fra i cultori della chirurgia e gli internisti, finchè essa fu consacrata colla fondazione di una effemeride che ne fosse l'espressione e l'organo: i noti *Grenzgebieten*, che cominciarono a vedere la luce il 24 gennaio 1896, sotto la direzione appunto di Mikulicz e di Naunyn. E basta svolgere i volumi pubblicati di essa in questi venticinqu'anni, per vedere quivi raccolti in classici lavori i numerosi documenti, che provano come e quanto siasi imposto il connubio delle due branche sul terreno pratico e su quello scientifico.

Non vi è oggi viscere pel quale non possa essere necessario il soccorso della chirurgia: dai centri nervosi agli organi addominali, e tali interventi, frutto del concorde avviso dell'internista e del chirurgo, provano la necessità di questo intimo connubio. Io che fin dai primi anni del mio insegnamento clinico, propugnai la necessità di molti fra questi interventi, quando avevano pochi e tiepidi propugnatori in qualche raro internista, la maggioranza essendo recisamente avversa, io oggi saluto con entusiasmo l'avvenimento odierno, che realizza un'antica visione da me lungamente accarezzata. Però, questa comunione, deve esistere in fatto e non in forma. Quando i clinici delle due branche, pubblicamente innanzi alle scolaresche di-

scuteranno sulla opportunità degli interventi, nella singola casuistica clinica, si avrà la grande massa dei pratici famigliarizzata colla loro possibilità ed abituata a valutare la parte che nel deciderli spetta al chirurgo ed all'internista, eliminando così quella confusione che oggi disgraziatamente, nella mente di molti pratici, esiste in ordine al compito che rispettivamente spetta alle due branche, ciascuna delle quali ha un attributo speciale: l'una di rilevare l'opportunità di intervento, l'altra di vagliarne la possibilità, per poi procedere alla esecuzione. Dare l'esempio di questo affiatamento spetta ai Clinici delle due branche acciò da tutti se ne comprenda la necessità che spesso è ancora misconosciuta. La cerimonia attuale dà la sicurezza che questo avverrà.

Per conto mio è avvenuto da quasi 40 anni ed è uno dei vanti della mia vita clinica.

La discussione di un tema in cui medicina e chirurgia si incontrano e si fondono, quale è quello che discuteremo riuniti in questo Congresso, attua oggi quello che dovrà essere attuato poi. La nostra alleanza poi è rafforzata da un compito che abbiamo comune: quello di dare alle scolaresche una cultura clinica quale è richiesta dalla missione che i giovani laureati hanno nella società. La importanza di questa missione è ancora poco valutata nei nostri ordinamenti scolastici. E dobbiamo, Clinici, Medici e Chirurgi, lamentare che a colpa di questi ordinamenti sia impedito ai giovani di dare alla loro istruzione clinica, medica e chirurgica il tempo necessario. Questa deficienza ci crea il dovere di unirci per difendere, non come erroneamente si crede, interessi nostri, ma gli interessi della società, nella quale ogni anno si versano giovani, non sufficientemente preparati al pratico esercizio.

Questa di meglio intensificare gli studi clinici è del resto una necessità universalmente sentita in tutti i centri universitari nostrani e stranieri: fra questi in Germania dove da quasi mezzo secolo si era poco a poco snaturato l'insegnamento clinico e tolta ad esso la personalità che deve avere e dove ora si riconosce la necessità di riprendere l'indirizzo già abbandonato.

Del resto, quando propugniamo questa intensificazione, noi clinici non vorremmo essere fraintesi. L'educazione clinica non ha per compito solo, come da molti profani erroneamente si crede e da non profani talora malignamente s'insinua, l'osservazione ed il rilievo dei fenomeni morbosi, ma pur quello della valutazione e delle interpretazioni di essi, e questo implica l'applicazione di tutte le conquiste fatte nelle varie branche delle scienze ausiliarie, per quanto sono applicabili allo studio della morbilità umana.

È per assolvere questo compito che la permanenza dei giovani nelle scuole cliniche deve essere più estesa di quello che oggi non sia.

Ma altri compiti ha la clinica: perchè non solo la sua attività deve esplicarsi nel familiarizzare i giovani cogli insegnamenti della scienza condita: ma deve puranco rivolgerla a dar opera alla *scientia condenda*.

I fatti che via via si dimostrano nel campo della batteriologia, della patologia sperimentale, della biologia e specialmente della chimica biologica impongono alla clinica nuovissimi compiti: primo fra essi quello di coordinare questi fatti alla patologia umana onde vedere quali possano essere applicati, quali non lo possano e non lo debbano. Fino ad ora senza o con poca critica si è accettato tutto e si è dimenticato che la clinica deve accettare solo ciò che si attaglia ai fenomeni che presentano gli infermi, quali sono e non come si vorrebbe che fossero solo per adattarli ad una concezione o ad un reperto sperimentale o male interpretato o rilevato sopra un terreno organico col quale non può essere comparato quello umano.

Fino ad ieri pareva eresia il rifiutarsi di applicare alla patologia ed alla terapia umana tutto ciò che si osservava sugli animali, oggi si conviene che il terreno organico signoreggia le manifestazioni morbose ed ha una personalità variabile da specie a specie ed anche da soggetto a soggetto di una medesima specie. Dal punto di vista biologico assoluto ciò che le ricerche compiute sugli animali rivelano un valore indiscutibile e diventa prezioso per sorprendere ed interpetrare le modificazioni intime create dai singoli processi morbosi: ma la pretesa di valersi di situazioni sperimentali create ad arte negli animali per imporre alla clinica l'ammissione di situazioni morbose che non si verificano nell'uomo o per tracciare metodi curativi o compensi curativi, deve essere respinta, ed è spiacevole che la clinica non l'abbia sempre respinta o non sia stata troppo accorta prima di accedervi. E da questa condiscendenza è nata a poco a poco una deplorevole confusione nella mente dei medici e specialmente dei medici che studiano o che leggono; i quali si lasciano facilmente suggestionare dalle affermazioni di scienziati puri di laboratorio, per portare al letto degli ammalati concetti di patologia errati o metodi curativi cervellotici; concetti e metodi i quali spesso hanno poi, se applicati, conseguenze disastrose. Il dottrinarismo invadente nella mente dei pratici è una deplorevole conseguenza dello avere spesso la clinica permesse invasioni e dittature perniciose.

Altro compito altissimo spetta oggi alla clinica: quello di penetrare le modificazioni intime che i processi morbosi creano nell'organismo umano.

Attualmente la situazione è questa: in base alle dimostrazioni anatomiche la patologia ha identificati i morbi cogli organi colpiti in base alle conquiste nel campo della etiologia e specie in quella batterica, ha completato la nozione della sede con quella delle cause dei morbi.

Così i medici in possesso di un quadro nosografico in cui sono comprese le varie malattie, ciascuna caratterizzata da sintomatologia e terapia sua propria, credettero conoscere i segreti della morbilità umana e di conoscere le vie per combatterle.

Speranza vana perchè la conoscenza delle alterazioni anatomiche ci rappresenta solo le conseguenze ultime di un processo morboso: la cono-

scenza dei momenti etiologici ci addita solo agenti capaci di determinarle; ma nè l'uno nè l'altro ci dicono per quali procedimenti il morbo nasce. Perchè il morbo nasce è solo per modificazioni intime nell'atteggiamento delle unità cellulari dei tessuti che sfuggono al coltello dell'anatomico ed alla lente dell'istologo; ma potranno essere svelate da indagini fisico-chimiche capaci di coglierle nelle origini loro e nel progressivo loro svolgimento.

Sono perturbamenti che colpiscono la vita, il movimento nutritizio e le funzioni delle unità cellulari, onde poi alterazioni di umori, di funzioni e di strutture istologiche; fatti i quali possono essere comuni a stati morbosi che etiologicamente appaiono diversi, che per localizzazioni anatomiche sono anche diversi. Così si accomunano in quel movimento intimo che signoreggia in fatto una situazione morbosa, entità diverse che nella nosografia odierna hanno ciascuna personalità differente bene definita. Spetta quindi alla clinica investigare in questo senso e valendosi delle conquiste e della tecnica propria delle branche accessorie, sovratutto della chimica biologica, penetrare questi movimenti intimi, svelarli con una semiologia nuova, ricercare il modo di correggerli nelle loro deviazioni.

Così la patologia avrà capitoli nuovi e si individualizzeranno situazioni morbose comuni in base a determinate deviazioni intime nella nutrizione e nella funzione degli elementi cellulari, e si potrà istituire poi una terapia patogenetica nella singola casuistica che non si assolverà più copiando la ricetta di un formulario e somministrando farmaci che mascherano gli effetti del processo morboso, ma non lo combattono nell'essenza sua. L'analgesico col quale si attutisce il dolore di una nevralgia dovuta a tossiemia ignorata, non cura il processo che lo crea.

Gli orizzonti che possono aprire tali ricerche sono senza confini.

La clinica ha già esempi nei quali seguendo questa via si capovolgono concezioni ritenute sicure e provvedimenti terapeutici ritenuti razionali. Così oggi abbiamo già imparato che si ha un gruppo di neofropatie nelle quali, contrariamente a quello che si è ritenuto sino ad ieri, i perturbamenti nel ricambio dell'azoto hanno la loro origine nelle alterazioni degli elementi dei vari tessuti, ed il rene non li crea, ma li subisce, e di qui direttive terapeutiche diverse da quelle seguite; lo vediamo in quello che è avvenuto per le malattie tubercolari, per le quali la conoscenza intima dei processi dell'offesa e della difesa hanno create concezioni nuove che tracciano alla clinica ed alla terapia direttive diverse.

Il lavoro immenso a compiersi in queste direttive non può essere fatto che nelle scuole di patologia e di clinica medica; nè può essere frutto dell'opera isolata dei cultori specialisti nelle branche biologiche singole; perchè non è sugli animali, ma sull'uomo che principalmente queste indagini si debbono istituire, perchè i problemi ed i quesiti ad esse inerenti nascono dall'osservazione dell'uomo ammalato e ad essa debbono essere ispirati e coordinati.

Sarebbe certo desiderabile che gli specialisti tecnici si raccogliessero a tale scopo nelle cliniche ed ivi collaborassero alla creazione della patologia nuova che non potrebbe uscire completa dal lavoro isolato degli uni e degli altri. Questo certo avverrà perchè non potrebbe altrimenti essere: faccio voti che spetti alle scuole italiane di avere in questo movimento nuovo una parte preponderante, e l'avranno se saranno provvedute dei mezzi opportuni.

***

È questa la terza volta che nel corso più che trentenne della sua vita la Società Italiana di Medicina Interna tiene in Napoli l'annuale riunione sua: ventisettesima in quella serie di convegni interrotti solo negli anni in cui l'attività dei Medici italiani — maestri e discepoli — si svolgeva sui campi di battaglia, o presso di essi, pagando alla Patria generoso tributo di opere, di sacrifici di sangue e di nobilissime vite.

Parve che in questo periodo di vita italiana in cui per ogni campo della umana attività le energie devono ravvisarsi ed ogni operosità allenarsi a nuove conquiste per la grandezza della Patria, fosse opportuno ritornare ancora qui dove la fede nei destini della Patria, anche eni momenti più angosciosi, non venne mai meno; qui dove alti intelletti sdegnosi di ogni egoismo accumularono nel corso dei secoli tesori di sapienza in ogni disciplina, tesori di abnegazione e di nobilissimi esempi, dai quali esce una fiamma perenne destinata ad accendere a grandi cose l'animo dei forti e degli operosi. E qui ci trasse ancora il vivo desiderio di avere con noi il Nestore della Medicina clinica italiana, il senatore Cardarelli, in cui splende sempre più che mai vivida la luce dell'intelletto, mentre le esigenze fisiche non gli avrebbero concesso di essere in mezzo a noi se ci fossimo recati altrove.

A questo nostro sentimento di devozione per lui si associano certamente con entusiasmo quanti fra i medici italiani presenti ed assenti apprezzano ed onorano una mente da cui irradiò ed irradia tuttora tanta luce di sapienza clinica, una vita che fu scuola ed esempio per tante generazioni, la cui memoria sarà scuola ed esempio per le generazioni future.

Oggi tutte le scuole di patologia e di clinica sono qui rappresentate e con esse i grandi centri medici italiani: tutti qui convenuti ad esporre i frutti della ripresa attività negli studi e nelle opere: tutti qui convenuti in omaggio a questa scuola medica napoletana gloriosa nei secoli ed agli illustri Colleghi suoi attuali degni rappresentanti.

E quanti qui siamo convenuti da ogni regione d'Italia, abbiamo ragione di sentirci commossi allo spettacolo dell'interessamento che la cittadinanza napoletana, a capo l'illustre suo Sindaco, prende alla nostra riunione. È solo presso i popoli altamente civili che si sente viva la considerazione

per chi dedica la propria attività alla scienza, ed alla più benefica delle scienze, come giustamente ebbe Guido Baccelli a definire questa medica che noi professiamo. La prova della civiltà non si ha solo dal rispetto alle forme, ma sovratutto ed in primo luogo dal rispetto per le manifestazioni dell'intelletto nelle sue molteplici estrinsecazioni.

Questo rispetto si è sempre sentito qui in Napoli un po' anche mia. Concedetemi, signor Sindaco, che io dica così perchè se a Napoli non ebbi i natali fisici, vi ebbi i natali scientifici, e Napoli, quale madre adorata, amo e venero.

Il grido di viva Napoli, segni, cari Colleghi, l'inizio dei nostri lavori; il ricordo di Guido Baccelli, che della nostra istituzione fu creatore, guida ed artefice, ci accompagni nello svolgimento loro.

Viva Napoli! »

Si alza quindi a parlare il Prefetto Gr. Uff. PESCE, portando il saluto del Governo del Re ai medici d'Italia. Dopo avere passato in rapida rassegna tutte le benemerenze che la valorosa falange dei medici seppe acquistare in ogni tempo e dovunque dichiara inaugurati in nome di S. M. il Re i Congressi di Medicina e Chirurgia.

Seduta pomeridiana.

Alle ore 15, nella Sala De Sanctis della R. Università, hanno inizio i lavori del XXVII Congresso di Medicina.

Presidenza QUEIROLO.

Dopo alcune comunicazioni del prof. CASTELLINO inerenti alla costituzione della Segreteria del Congresso, prende la parola il senatore prof. MARAGLIANO, lamentando anzitutto la perdita del professore Moreschi, tanto più dolorosa in quanto essa avvenne improvvisamente togliendo alla scuola medica italiana uno dei suoi più valorosi collaboratori. Esprime il voto che i giovani animati da pari ardente volontà di sapere e spirito di umanità possano colmare il grande vuoto che la perdita del prof. Moreschi ha lasciato nella scienza medica italiana.

Svolgendo quindi la sua relazione

“Sulla Tubercolosi„

illustra le seguenti conclusioni:

« I. — È necessario, nell'interesse dell'umanità e a guida dei medici, fare con criteri clinici un esame delle conquiste odierne sulla infezione tubercolare e sulle malattie tubercolari.

Non si richiede una enumerazione analitica di tutto ciò che da un quarto di secolo venne pubblicato su questi argomenti, ma una valutazione coscienziosa di ciò, che nello stato attuale delle nostre cognizioni può essere utilizzato dal medico, per conoscere, per prevenire, per combattere le malattie tubercolari nella loro preparazione e nel loro inizio.

L'umanità non ha potuto trarre da tanti studi quei benefici che avrebbe potuto trarne, se la clinica non li avesse abbandonati nelle mani di cultori della batteriologia, della biologia patologica e della patologia sperimentale e non avesse lasciato ad essi di giudicare sulla applicazione alla patologia ed alla clinica umana dei fatti via via messi in luce, e li avesse valutati con criteri propri e con indipendenza di giudizio.

Riservando al relatore prof. Lucatello di riferire sopra quanto può essere utilizzato per la clinica, specialmente dal punto di vista della semeiologia, della diagnosi e della prognosi, per conto mio mi propongo, in modo sintetico, di segnalare quelle fra le conquiste fatte che possono essere utilizzate per la patologia e la clinica in generale, la profilassi e la terapia della tubercolosi.

La mia esposizione sarà fatta con intenti clinici fermandomi solo quel tanto che sarà indispensabile, sulle questioni di ordine biologico puro omettendo in regola le citazioni quando non siano strettamente necessarie.

II. — Fra le verità conquistate, due in prima linea emergono: quelle relative al modo con cui il Btb. aggredisce l'organismo e quelle relative al modo con cui si difende.

Il bacillo della tubercolosi aggredisce, crea le alterazioni dei tessuti ed inquina l'organismo per mezzo dei suoi veleni secreti e veleni contenuti nel suo protoplasma.

Il valore del bacillo, come unità organica e patogena, è rappresentato dalla sua ricchezza maggiore o minore in veleni, dalla sua maggiore o minore attività nel riprodursi, in quanto aumenta il numero delle sue unità operanti.

È questa una verità messa in evidenza da ricerche italiane, inizialmente da quelle del compianto prof. Maffucci, poi da quelle della Clinica Medica di Genova. Prima di esse i B. T. B. non erano annoverati fra quelli che agiscono in virtù dei propri veleni: si erano minutamente studiate le alterazioni create da essi, ma non se ne erano ricercati e dimostrati i fattori intimi.

I veleni debbono considerarsi i veri antigeni tubercolari.

Se ne dimostra la presenza nell'ambiente organico, dopo l'avvenuta infezione e nelle varie fasi delle malattie tubercolari.

Tutti i materiali tubercolari contengono veleni patogeni. I veleni sono multipli e Much li ha differenziati col nome di antigeni parziali, ma questa differenziazione non muta il concetto della patogenesi tossica.

III. — *L'organismo si difende dalle offese che gli arrecano i B. T. B. quali antigeni, per mezzo di processi difensivi specifici, che si accendono quando i materiali offensivi prendono contatto con esso. Essi sono dimostrabili biologicamente e sperimentalmente: essi vengono rivelati dalla constatazione nel mezzo organico, di prodotti che ora sono designati in terminologia biologica, col nome di anticorpi o di fermenti. Questi prodotti sono quelli che per lo addietro si chiamavano* «antitossine» *o corpi difensivi* (*Schutzkoerper*) *da Buchner.*

L'esistenza di questo movimento difensivo e di questi prodotti, annunciato da me fin dal 1895 e lungamente contrastata, *oggi è universalmente ammessa.*

Questi materiali difensivi si trovano negli umori; sovratutto negli elementi morfologici del sangue, nel latte e nei tessuti. Essi di dimostrano negli animali trattati, sovratutto in quelli di grossa taglia. La cavia si presta poco o nulla a queste dimostrazioni. Essi sono rappresentati da antitossine, da batteriolisine, da opsonine, da precipitine, da agglutinine, da fermenti e sovratutto da anticorpi fissatori del complemento: insomma, da tutti i principii antagonisti degli antigeni sui quali hanno proprietà alteranti: dato questo caratteristico in tecnica immunitaria.

A completare la dimostrazione del significato difensivo di questi principii sta il fatto che gli animali nel cui mezzo organico si dimostrano in forte quantità, restano insensibili alla inoculazione di piccole quantità di bacilli attivi, che però uccidono i controlli. Negli uomini accertati, coi mezzi che possediamo, vergini di infezione tubercolare, in seguito alla introduzione di antigeni nel loro mezzo organico si trovano materiali difensivi analoghi a quelli che si hanno negli animali trattati, e si hanno in essi le stigmate della immunizzazione.

Gli antigeni capaci di creare questa situazione difensiva sono rappresentati dai bacilli vivi e morti, dagli estratti bacillari di ogni forma, da tutto ciò che proviene dai bacilli.

La credenza avanzata da alcuni che i B. T. B. morti non siano capaci di creare il movimento difensivo non è conforme al vero, come non è conforme al vero che i B. T. B. vivi o morti non possono servire da antigeni, causa la loro corteccia impenetrabile e che solo gli estratti bacillari di Much, detti antigeni parziali, possano darla. È infatti indubitato che i B. T. B., sia vivi che morti, sono disgregati e digeriti nell'ambiente organico in virtù di processi fermentativi e la disgregazione si dimostra colla massima evidenza.

La produzione dei materiali difensivi non è proporzionata alla quantità degli antigeni: antigeni copiosi e violenti possono renderla impossibile.

Si pretende che a determinare il movimento difensivo sia necessario una precedente infezione, la quale avrebbe il compito di *sensibilizzare* gli elementi organici e renderli capaci di produrre anticorpi.

In proposito osservo che in animali vergini sicuramente di ogni precedente infezione tubercolare, cavalli, ad esempio, ho ottenuto sempre ed ottengo la produzione di anticorpi specifici, che in uomini nei quali non esistono tracce di stigmate tubercolari, l'inoculazione di antigeni tubercolari crea la così detta ipersensibilità.

Il fatto ammesso della sensibilizzazione creata da un primo contatto di materiale tubercolare, denota che già quel contatto ha portato un movimento immunitario nell'organismo. Può essere benissimo che le prime modificazioni intime avvenute non siano tali da produrre in tutti gli animali ed in tutti i casi la ipersensibilità, ma credo che questo fenomeno debba essere ancora indagato e discusso, perchè la massima parte delle conclusioni basate sulle ricerche fatte nelle cavie meritano di essere rivedute e corrette.

In soggetti pei quali non si hanno segni tangibili di malattia tubercolare, oppure si hanno le stigmate della infezione tubercolare e sono quindi in istato di difesa, si constata la presenza degli anticorpi specifici e di tutti i noti materiali difensivi, prova questa di una situazione immunitaria creatasi automaticamente. È interessante attendere non solo alla valutazione degli anticorpi, ma alla contemporanea valutazione degli antigeni, nei sani inoculati ed in coloro che sono già infetti. Così si ha lo specchio della lotta che s'ingaggia fra l'agente patogeno e l'organismo, se ne sorprendono le fasi, che ordinariamente corrispondono all'andamento clinico della malattia: aumentano gli anticorpi e diminuiscono gli antigeni negli andamenti felici e si ha l'inverso in quelli infelici.

Se la questione della difesa specifica può presentare in dettaglio dei punti discutibili, la sua esistenza è fuori discussione e tutti ne convengono, compresi quelli che furono più ostinati a negarla.

Può dirsi così oggi che mercè questo nuovo capitolo, creato dalle moderne conquiste, fu strappato alla natura il segreto con cui essa naturalmente difende l'uomo dal bacillo tubercolare.

IV. — Dalle conquiste fatte scaturisce un'altra verità, ed è questa: *Perchè una malattia tubercolare nasca e si svolga non basta la presenza del B. T. B., ma è necessario il concorso del terreno organico.*

Se questo è in grado di sviluppare sufficienti energie difensive, malattia non si avrà.

Questa proposizione è la conseguenza necessaria di quanto si è detto precedentemente sulla difesa dell'organismo, che diviene arbitro della insorgenza o no di una malattia tubercolare, perchè per quanto il bacillo sia penetrato nel mezzo organico, può vivervi innocuo. Così il terreno organico assume la preponderanza che deve avere: fatto intuito meravigliosamente da Baccelli, quando disse che il B. T. B. è l'esponente della malattia tubercolare, non la malattia, e giustamente valutato dalla Scuola di Padova che prima, per bocca del compianto De Giovanni, poscia per quella di Viola, rivendicò la parte che nella genesi delle malattie tubercolari spetta al terreno organico. Per intanto la formula tanto cara ai batteriologi: *bacillo ergo malattia tubercolare,* cade; formula che fu uno dei tanti errori derivati dall'aver voluto imperniare sulle cavie tutto il problema tubercolare.

Dai fatti che ci portano a tali conclusioni è uscita una forma clinica nuova: la infezione tubercolare senza malattie tubercolari, di cui in pratica si hanno numerosi esempi, non solo nell'uomo, ma nei bovini. La parte che ha il terreno organico spiega queste oscillazioni nell'andamento clinico che i pratici hanno sempre notato nelle malattie tubercolari, e di cui non si comprendeva la ragione, che è ora rivelata dalle conoscenze acquistate sulla lotta fra organismo e bacillo.

Il terreno in queste lotte si vale degli anticorpi che attaccano l'antigene nei suoi effetti, lo rendo-

no incapace a nuocere, per quanto conservi la sua attività patogena potenziale.

V. — «*Oggi si può asserire che esiste una im-*«*munità tubercolare, che uomini ed animali pos-*«*sono acquistarla automaticamente innanzi ad una* «*infezione spontanea, che è possibile conferirla ar-*«*tificialmente all'uomo ed agli animali*».

Per valutare la portata di questa proposizione è necessario ben intenderci sul significato che si deve attribuire alla parola immunità, che non equivale ad una refrattarietà assoluta in qualsiasi misura alle infezioni comunque avvengano, ma subordinata alla misura ed alla modalità.

Per noi Clinici l'immunità va considerata quale «uno stato speciale per cui l'organismo umano re-«sta più o meno indifferente agli agenti patogeni «che entrano in esso per infezione spontanea». Ed un batteriologo che ha il senso della realtà, Römer, la definisce: uno stato per cui l'uomo e gli animali non sono uccisi nè si mostrano «am-«malati innanzi a quegli agenti patogeni che nelle «*medesime circostanze e nelle medesime modalità* «sono dannosi ad uomini ed animali *della mede-*«*sima specie*».

Quanta differenza dalle pretese di quei batteriologi che vogliono ottenere la refrattarietà assoluta della cavia e vogliono persino che sia fatta incapace, come vorrebbe Calmette, ad albergare il bacillo della tubercolosi e solo a questa stregua concludere sulla immunità umana.

Sulla immunità in genere si è del resto lavorato molto nella mia Scuola, indagandone i fattori e le condizioni. Fra esse va ricordata sovratutto questa: — che per ottenere l'immunità verso materiali estranei, batterii compresi, è necessario che questi sieno assimilabili e quando non lo sono, come può avvenire per certi batterii, ad esempio i tubercolari, l'organismo produce principî fermentativi che li rende assimilabili. Ed incidentalmente mi piace qui osservare che d'immunità non se ne parla ad orecchio nella mia Scuola, ma con sperimentata cognizione di causa.

Passando più specificamente a dire della immunità tubercolare, al quesito se possa ammettersene l'esistenza per l'uomo, rispondo colle parole di Much il quale ad analoga questione rispose «che a negarla è necessario mettersi le mani innanzi agli occhi per non vedere».

E questa oramai è l'opinione dominante, come è dominante la convinzione che sia possibile conferirla ad arte, e ciò in base a dati di natura clinica, biologica e sperimentale. Le divergenze non sono sul fatto ma sulle misure di essa.

Così la esistenza della immunità tubercolare da me annunciata nel 1895 e tanto fieramente contrastata, oggi viene riconosciuta.

Sul modo di conferirla artificialmente dirò fra poco discorrendo della vaccinazione.

VI. — «*In base a quanto si è appreso sulla di-*«*fesa antitubercolare dell'organismo e sulla immu-*«*nità antitubercolare si è reso possibile praticare* «*una terapia specifica antitubercolare*».

Dato il fatto che innanzi agli antigeni si producono materiali difensivi specifici che esistono nel sangue degli animali immunizzati: dato il fatto che questi anticorpi possono essere trasportati dall'organismo produttore ad altro organismo, come si fa per il siero di animali immunizzati contro altre infezioni, si rendono possibili anche nelle malattie tubercolari due modalità di terapia specifica: l'attiva e la passiva.

La attiva si pratica coll'impiego di antigeni tubercolari, abitualmente tubercolina, non nella direttiva tracciata da Koch, quella di agire sui focolai tubercolari, ma quella tracciata primamente dai miei studi: di provocare cioè nell'organismo la produzione di anticorpi, facendo così una autoimmunizzazione, direttiva del resto generalmente ammessa. Gli antigeni usati sono gli estratti bacillari (tubercoline, antigeni parziali di Much) oppure anche i corpi bacillari morti, che si usano per la vaccinazione. Le vie di introduzione sono la sottocutanea e la gastrica per la quale si hanno i medesimi effetti che per la cutanea.

Tutte le tubercoline che l'industria ha create, la straniera sovra tutto, per inorpellare la buona fede dei pratici e far loro credere che una valga più dell'altra, tutte possono essere usabili, purchè bene dosate in tossicità, cosa che disgraziatamente abitualmente si dimentica dai produttori.

La terapia specifica attiva ha però dei limiti che non bisogna varcare, perchè se può essere utile nei soggetti in cui si ha un alto margine di resistenza, può essere dannosa in quelli che non l'hanno. In questi può dar luogo ad effetti perniciosi: acutizzare una forma cronica ed accelerarne la marcia. Lo vidi più volte. È necessario quindi che i pratici siano guardinghi nell'usarla.

La terapia specifica passiva si pratica portando nel mezzo organico i materiali difensivi sciolti nel sangue impiegati sia per via sottocutanea iniettando siero, sia per via gastrica, sia per via rettale, nei modi che la pratica da oltre 20 anni ha ormai consacrati.

La terapia specifica determina la comparsa di anticorpi specifici nel mezzo organico, può esercitare un'azione curativa importante, se è applicata opportunamente. Io soglio associare spesso le due forme di terapia specifica.

Nelle malattie tubercolari del polmone spesso, e più spesso di quello che non si creda, altri bacilli patogeni, aerobi ed anaerobi, si associano a quelli tubercolari. I miei studi dimostrano che così avvenendo essi spesso signoreggiano la situazione morbosa. In questi casi è naturale che la terapia specifica antitubercolare debba essere inefficace contro queste altre infezioni.

Questo delle associazioni microbiche è un capitolo importante nella Clinica delle malattie tubercolari, che i pratici non devono perdere di vista, specie dal punto di vista terapeutico perchè ne scaturiscono indicazioni speciali.

Di terapia sintomatica non credo opportuno occuparmene, perchè nulla di nuovo è avvenuto, all'infuori di quei composti a base di sostanze note ed usate da tempo, che tutti i medici sanno ricettare ed i farmacisti preparare. L'industria straniera li presenta ai nostri medici sotto forma

di specialità, abusando della loro buona fede. I medici usandoli sappiano che danneggiano l'economia nazionale perchè dànno luogo ad esportazione di valuta, offendono la loro rispettabilità, e non recano utile ai loro malati.

Vorrei che queste mie parole giungessero in ogni angolo d'Italia a monito ed anche a rampogna.

VII. — Per le applicazioni a beneficio dell'uomo delle conquiste fatte sulla immunità havvi quella *di una sua vaccinazione preventiva allo scopo di renderlo insensibile innanzi ai bacilli della tubercolosi e farlo così immune dalle malattie tubercolari.*

Questa vaccinazione è allo stato attuale delle nostre cognizioni scientifiche fondata, praticamente attuabile e già parzialmente attuata.

La base scientifica di essa sta nelle conquiste già ricordate sulla immunità e sovra tutto sulla possibilità dimostrata di creare uno stato immunitario nell'organismo animale, introducendo in esso materiale tubercolare.

Per attuarla praticamente è necessario scegliere l'antigene più opportuno, cioè capace di provocare la produzione della immunizzazione e nello stesso tempo sicuramente innocuo nel senso di non potere in alcun modo rendere possibile la creazione di una infezione tubercolare attiva.

È necessario quindi scartare l'impiego dei bacilli tubercolari vivi e riproducibili sotto qualsiasi forma. Sono in conseguenza da scartarsi anche i bacilli attenuati perchè in qualunque modo l'attenuazione avvenga non può escludersi la possibilità della riproduzione. La Commissione inglese che ha studiato questo argomento la ha dimostrata nettamente possibile. Del resto poichè sono i veleni che rappresentano gli antigeni creatori dello stato immunitario, gli elementi tubercolari vivi non appaiono necessari. L'esperienza lo ha dimostrato largamente perchè ormai sono legione gli sperimentatori che hanno prodotti i fatti immunitari con materiali morti: bacilli, veleni estratti da essi (tubercolina, antigeni parziali di Much, ecc.).

I bacilli in piena vitalità possono contenere maggiore ricchezza di veleni e di veleni anche più energici? È possibile, per quanto non sia dimostrato. Nè si è dimostrato che ad ottenere immunità siano necessarie azioni offensive violente, anzi si hanno molteplici dati per ritenere che tanto per le altre infezioni quanto per la tubercolosi i migliori effetti immunizzanti si abbiano dalle azioni offensive lente, miti, anzichè colle troppo energiche.

E poichè i materiali morti sono sicuramente innocui e sono capaci di creare uno stato immunitario è logico di preferirli per una vaccinazione preventiva dell'uomo.

Altro requisito che deve avere un materiale vaccinante è quello di versare gli antigeni nel mezzo organico lentamente, acciò possano essere assimilati poco a poco e a poco a poco utilizzati. Per tal modo si è sicuri di non esaurire l'azione degli elementi organici che determinano lo stato immunitario. Non sono quindi a scegliersi i materiali morti già sciolti (gli estratti bacillari), perchè si assimilano troppo rapidamente, non possono essere completamente utilizzati, possono agire tumultuariamente e transitoriamente.

Il materiale che meglio presenta i requisiti voluti è costituito da bacilli di colture attive e virulenti uccisi col calore e finamente polverizzati.

La via d'introduzione a scegliersi è la intracutanea, onde creare un focolaio di flogosi tubercolare nel quale il materiale tubercolare si scioglie a poco a poco e si assimila.

A tale uopo si impastano con glicerina i bacilli tubercolari. Si ottiene così una massa della consistenza e dell'aspetto del vaccino Jenneriano, che viene inoculato nel braccio, ma potrebbe inocularsi altrove.

Io costumo fare tre punti di innesto.

Seguendo dopo la vaccinazione quel che succede nel mezzo organico, si trova che prima compaiono gli antigeni tubercolari soli, poi successivamente compaiono, in capo a 30 giorni circa, gli anticorpi i quali crescono via via fino a che raggiungono il punto massimo circa 3 mesi dopo l'avvenuto innesto. Via via che si accentua la produzione degli anticorpi, diminuisce la misura degli antigeni. Questi fatti constatati nell'uomo, si constatarono nelle scimmie ugualmente trattate. Le scimmie così immunizzate sopravvissero e restarono immuni mentre i controlli morirono di tubercolosi.

Nel latte delle femmine vaccinate si trovano materiali difensivi analoghi a quelli trovati nel sangue, ma in minore quantità.

I nati da donne vaccinate e da femmine di animali vaccinate, contengono nel loro mezzo organico, antigeni e materiali immunizzanti. Le prove fatte sui nati da animali si mostrano indifferenti alle infezioni sperimentali di bacilli attivi.

Innanzi a questi fatti constatati con una serie organica di ricerche, mi trovo autorizzato a concludere che la vaccinazione col metodo da me escogitato, si presenta corredata da tutte le prove, che possono dare affidamento della sua utilità.

Io la ho applicata su vasta scala specialmente sopra adulti e bambini, la massima parte dei quali appartengono a famiglie provate dalle malattie tubercolari.

Non ho nelle migliaia di applicazioni fatte veduto alcun effetto spiacevole. Nei vaccinati che io ed altri abbiamo potuto seguire, non si ebbero malattie tubercolari. Dopo 4 anni dalla praticata vaccinazione si è dimostrata la persistenza di principii immuni con prevalenza di anticorpi.

Dopo che io ho lanciato la proposta delle vaccinazioni ne furono tentate da altri con bacilli vivi, con bacilli attenuati, con estratti bacillari. Non mi consta che siano stati pubblicati studi organici di ricerche sulle modificazioni constatate nel mezzo organico a documento di uno stato immunitario raggiunto. È certo però che i tentativi in proposito si fanno in molti centri del mondo civile. Finora i più estesi sono quelli di Shiga a Tokio.

Concludendo il concetto di una vaccinazione preventiva dell'uomo è universalmente accettato e se

ne invoca la pronta attuazione nell'uomo e nei bovini. Il metodo più diffuso, organicamente studiato e largamente applicato è il mio.

In Italia dove prima nacque il pensiero di una vaccinazione antitubercolare, dove una tale vaccinazione fu scientificamente ed organicamente studiata, dove fu prima attuata, è giunto il momento di applicarla su vasta scala.

Ogni medico dovrebbe, data la sua innocuità, applicarla e sovratutto nei membri delle famiglie colpite da malattie tubercolari. Il tempo dirà la misura in cui serve e può servire, quando migliaia di medici sopra milioni di soggetti l'avranno applicata.

È una questione che ormai non può avere soluzione dall'opera esclusiva dei laboratorii, ma da quella dei pratici, come è avvenuto pel vaccino Jenneriano.

VIII. — Valutando in un insieme sintetico e conclusivo le conquiste fin qui riferite, bisogna riconoscere che per esse è nato un periodo nuovo nella storia della tubercolosi. La scoperta del modo con cui l'organismo si difende dai bacilli della tubercolosi, ha capovolto il concetto patogenetico delle malattie tubercolari, ha tracciato un indirizzo nuovo alla profilassi, ha segnato nuovi orizzonti alla terapia.

La conoscenza acquistata dei processi intimi della difesa organica ha fornite solide basi alla esistenza di una immunità per le malattie tubercolari, ritenuta per lo addietro impossibile e da queste conoscenze sono scaturiti indici bene determinati che la personificano e permettono di accertarne la presenza.

Le verità segnalate hanno poi segnato alla Clinica delle malattie tubercolari un indirizzo nuovo, hanno creati capitoli nuovi di semejologia, hanno dato alla prognosi ed alla diagnosi basi positive di cui non si sospettava la possibilità, hanno aperto la via alla redenzione dell'umanità dalla tubercolosi, per mezzo di una vaccinazione preventiva.

La scoperta delle verità fondamentali che hanno dato origine, base e corpo a questo nuovo periodo è dovuta alla Scienza Italiana. Queste verità successivamente furono fecondate dall'opera febbrile dei lavoratori di tutto il mondo civile. Si è aperta così ai ricercatori una via nuova, sulla quale si potranno raccogliere sempre nuovi frutti, se il progresso nelle conquiste e nelle applicazioni nuove, non sarà ostacolato da dogmatismo e dottrinarismo di uomini e di scuole».

Terminata la relazione del prof. Maragliano prende la parola il prof. LUCATELLO che esponendo sinteticamente quanto si riferisce alla patologia e clinica delle malattie tubercolari giunge alle seguenti conclusioni:

1. La sede delle malattie tubercolari è alle dipendenze della morbilità individuale (costituzione, individualità) e la loro evoluzione è in rapporto con la misura e le vicende della difesa organica;

2. La fenomenologia delle malattie tubercolari è coordinata a due principali fattori: *a*) la tossiemia tubercolare; *b*) le alterazioni di tessuto e le loro conseguenze;

3. Alla tossiemia bacillare propriamente detta si sommano gli avvelenamenti, che provengono dai tessuti alterati e da eventuali associazioni microbiche;

4. La tossiemia, espressione dell'impotenza dell'organismo a difendersi, e i processi locali, espressione di mancata difesa locale, possono procedere abbinati o disgiunti donde la molteplicità e il variabile decorso delle forme cliniche;

5. Le infezioni secondarie attive, che complicano ed aggravano la protopatia tubercolare, imprimono al processo una nuova fisionomia clinica. La loro determinazione ha importanza clinica e terapeutica;

6. Tra le classificazioni proposte per la differenziazione delle varie forme cliniche polmonari è preferibile quella che è improntata alle modalità del processo anatomopatologico, ai disordini funzionali e al decorso. Meritano speciale considerazione le forme larvate e latenti;

7. La diagnosi di un'affezione tubercolare può prescindere dal reperto batteriologico e basarsi sulla esistenza di alterazioni di tessuto o distrofiche coesistenti a stigmate tubercolari che le qualificano;

8. La radiologia può farci seguire il processo nelle sue fasi più o meno iniziali e nelle sue ulteriori peripezie: però ogni imagine radiografica abbisogna di una interpretazione che non può trascurare gli altri fatti e segni clinici;

9. La constatazione del bacillo di Koch segnala un periodo generalmente avanzato del morbo: essa inoltre può essere accidentale o momentanea, cioè incostante;

10. Il valore diagnostico delle forme granulari del bacillo acido-resistente e dei granuli Grampositivi di Mircoli-Much va sempre più accreditandosi;

11. Le varie reazioni tubercoliniche rappresentano un processo endogeno equivalente, il quale viene diversamente modificato da momenti ectogeni;

12. La reazione di focolaio della prova tubercolinica sottocutanea ha valore diagnostico pari a quello del reperto bacillare;

13. Le constatazioni degli antigeni e degli anticorpi nel sangue sono altrettante prove dirette e indirette dell'infezione; non sono indice di malattia tubercolare; servono a qualificare le alterazioni morbose rilevate con gli altri mezzi di indagine;

14. Gli elementi morfologici nello sputo (fibre elastiche, epiteli, ecc.) rivelano i processi intimi delle alterazioni anatomiche, ma non hanno valore patognomonico;

15. La diagnosi precoce, assillante bisogno della pratica medica, può basarsi sulla esistenza di stigmate associate a modificazioni fisiche per quanto minime, specie se circoscritte ai lobi superiori, o su queste anomalie fisiche accompagnate da reazioni biologiche specifiche, o fibre elastiche, labilità termica, ecc.;

16. Per la prognosi: se prevalgono nell'organismo gli anticorpi la prognosi è lusinghiera: se domina la tossiemia la prognosi non è buona: se si constatano associazioni microbiche e le relative tossiemie la prognosi è infausta. La persistenza dei fatti tossiemici e delle associazioni batteriche ha maggiore importanza delle alterazioni locali.

Seduta antimeridiana del 26 ottobre.
Presidenza QUEIROLO.

Costituzione e tubercolosi.

(Relatore prof. VIOLA).

Il relatore, dopo avere osservato come il problema dei rapporti fra costituzione morfologica e tubercolosi sia in accordo con le conclusioni esposte nelle precedenti relazioni dei professori Maragliano e Lucatello, afferma come l'importanza della costituzione nello sviluppo delle affezioni tubercolari sia già pienamente confermata dalla dimostrazione che non basta il bacillo tubercolare per determinare la malattia, ma che occorre si aggiunga ad esso il concorso del terreno organico. E la parte che nella malattia tubercolare assume l'oganismo è grandissima, giacchè tutti i fenomeni dello stato morboso, compresi i fenomeni immunitari, altro non sono che un prodotto dell'attività dell'organismo stesso sotto lo stimolo del bacillo tubercolare e delle sue tossine. Nulla vi è del bacillo tubercolare e delle sue tossine nei corpi immunizzanti, ma questi sono una pura produzione cellulare. Il R. dimostra l'erroneità del concetto puramente bacteriologico della tubercolosi, insistendo ancora sul fatto che tanto i fenomeni di malattia, quanto quelli immunitari rappresentano l'effetto di una particolare attività cellulare. Il virus tubercolare rappresenta quindi l'elemento esterno occasionale che agisce su un sistema già preparato determinando in esso lo sviluppo di fenomeni e di energie difensive che si trovavano sino allora allo stato potenziale.

Volgendo lo sguardo alle più diffuse statistiche concernenti i malati di tubercolosi è facile riconoscere come, pure essendo possibile che la malattia evolva in qualsiasi *habitus,* pure noi troviamo che prevalentemente sono affetti da malattie tubercolari coloro che presentano uno di questi quattro *habitus*:

1) longilineo o tisico; 2) infantile; 3) degenerativo; 4) linfatico o timo-linfatico. In tale constatazione già ripone il valore dei rapporti fra costituzione morfologica e tubercolosi; ma quali sono i legami che intercedono fra le forme esterne corporee e questo stato di inferiorità delle cellule dell'organismo nella lotta contro il virus tubercolare? Il R. si sofferma principalmente a considerare i due tipi: longilineo e linfatico. Il tipo longilineo è anche microsplancnico: povero di masse organiche, debole in ogni sua funzione, specie per la sproporzione fra organi interni e superficie corporea; onde le ragioni costituzionali che mantengono basso il livello nutritivo di tutte le cellule dell'organismo, rendono queste più vulnerabili di fronte all'azione del virus tubercolare.

Ed oltre a queste condizioni costituzionali generali esistono condizioni locali particolari che possono renderci ragione della più frequente localizzazione della malattia nel polmone e specie nell'apice. Tali condizioni locali sono anzitutto rappresentate dal deficiente rapporto tra cuore e polmone e quindi dalla deficiente irrorazione sanguigna dell'apparato respiratorio: dalla maggiore distanza dell'apice dipendente dal particolare tipo costituzionale, dalla minore ventilazione dell'apice stesso. I fattori di una buona nutrizione cellulare sono quelli che mantengono ed esaltano i poteri difensivi dell'organismo di fronte al virus tubercolare. E l'esperienza raccolta durante la guerra ha dimostrato come la insufficiente nutrizione e le condizioni sfavorevoli di abitazione siano stati i più importanti coefficienti della diffusione della tubercolosi. E poichè nel miglioramento delle condizioni di nutrizione dell'organismo risiede un elemento di maggiore resistenza nella lotta contro il virus tubercolare, così l'abito tisico acquista in ciò particolare valore rappresentando quello stato costituzionale nel quale e per la microsplancnia e per le disarmoniche proporzioni organiche le cellule si trovano in condizioni di scarsa nutrizione.

L'abito linfatico ha per caratteristica un ristagno della circolazione e quindi un rallentamento tanto nell'apporto del materiale nutritivo ai singoli elementi cellulari, quanto nella eliminazione dei prodotti catabolici.

Conseguenza di tale fatto è la diminuita nutrizione della cellula e quindi un abbassamento dei poteri di difesa contro il virus tubercolare.

Riguardo al problema dell'immunità il R. afferma che non dobbiamo accettare il concetto di una pura immunità umorale, ma che accanto a questa esiste una immunità di origine cellulare, istogena, strettamente collegata con lo stato di nutrizione delle cellule. Onde anche i fenomeni immunitari sono collegati alla dottrina costituzionalistica.

La terapia quindi deve essere indirizzata ad innalzare l'immunità umorale da una parte, e dall'altra a cercare di aumentare l'immunità istogena o cellulare. Mentre al primo compito si provvede con mezzi terapeutici opportuni, al secondo si provvede con la ipernutrizione.

Discussione delle Relazioni sulla tubercolosi.

CANTANI. — Rilevata l'importanza delle endotossine bacteriche, prega il prof. Maragliano di voler provvedere largamente il materiale necessario alle vaccinazioni. Ritiene indispensabile che si usi un vaccino di tipo unico, sempre uguale.

L'O. propone che venga usata la reazione alla tubercolina come mezzo di riconoscimento dello stato di immunità dell'organismo in seguito alle vaccinazioni, rappresentando tale reazione un mezzo di più facile applicazione della deviazione del complemento. Riferisce vari dati statistici e ricorda come negli individui che presentavano cutireazione nettamente positiva, tale reazione divenga negativa dopo il trattamento immunitario. Da ciò l'utilità della cutireazione per la ricerca degli anticorpi specifici antitubercolari.

BARLOCCO. — Ricorda come il vaccino antitubercolare possieda non soltanto proprietà immunizzanti, ma anche potere curativo, e indica i risultati brillanti ottenuti dalla scuola francese nella vaccino-terapia.

A proposito della relazione del prof. Lucatello pone in rilievo l'importanza delle associazioni microbiche nelle malattie polmonari tubercolari, importanza resa manifesta dai risultati della terapia, che fornisce notevoli vantaggi, quando sia costituita oltre che dalla cura specifica antitubercolare, anche da quella contro le associazioni microbiche, il che si ottiene con autovaccini opportunamente preparati. L'O. si sofferma quindi a parlare della importanza dell'elemento linfocitario nel processo tubercolare, e crede che tale elemento debba essere preso in giusta considerazione di fronte ai fenomeni legati ai fermenti di Abderhalden. Rileva come la terapia generica (elioterapia, ipernutrizione, ecc.), determini una iperlinfocitosi.

TEDESCHI. — Riferisce che da statistiche personali ha potuto rilevare come fra i discendenti di artritici e tubercolosi si trovino individui affetti o da artritismo o da tubercolosi, quasi mai dalle due malattie contemporaneamente. Rivolgendosi al prof. Viola chiede spiegazione del fatto nei rapporti fra tubercolosi e costituzione. Osserva come si tenda ad esagerare l'importanza dei raggi X nella diagnosi della tubercolosi polmonare e come talvolta anche l'esame radiologico non riesca a rilevare le alterazioni anatomiche esistenti. Nei riguardi delle vaccinazioni antitubercolari si augura che esse possano essere applicate largamente, e che sia vicino il tempo nel quale la vaccinazione antitubercolare sarà sancita da una legge di Stato. Osserva però che è assolutamente necessario che si abbia un antigene unico, del quale si possa garantire l'innocuità.

GIUFFRÈ. — Ricorda gli studi compiuti sulle sostanze chimiche presenti nei focolai tubercolari e identiche a quelle che si ritrovano nelle culture in vitro. Accanto a queste sostanze se ne trovano altre provenienti dall'organismo e rappresentanti sostanze di difesa. Esse sono state messe in luce dalle ricerche del prof. Maragliano. Secondo l'O. nello sviluppo delle malattie tubercolari deve di necessità alle alterazioni anatomiche precedere un periodo di esclusive alterazioni umorali.

Richiama quindi l'attenzione dei congressisti sulla tendenza ad abusare dei mezzi di laboratorio e radiologici per la diagnosi di tubercolosi, ed insiste sulla necessità che la diagnosi scaturisca nella generalità dei casi dal solo esame fisico.

Circa l'importanza delle costituzioni ricorda che già nel Congresso di Padova ebbe ad affermare come accanto ad una individualità morfologica, esista una individualità chimica e come entrambe hanno una notevole importanza nello sviluppo della malattia tubercolare.

JEMMA. — Rileva come la lotta antitubercolare debba sopra tutto basarsi sull'allontanamento del bambino dall'ambiente contagiante; come siano rari i casi di tubercolosi nei primissimi tempi della vita, e come invece il massimo delle infezioni tubercolari si abbia verso il 14° anno.

Oggi la lotta antitubercolare deve essere fatta immunizzando l'umanità, ed avendo sopra tutto di mira di evitare che si diventi tubercoloso. L'O. ottenne già grandi vantaggi con la tubercolinoterapia usata sia a scopo curativo che preventivo.

FERRANNINI A. — Distingue dal punto di vista clinico due tipi di predisposti alla tubercolosi: gli uni che contraggono facilmente la tubercolosi, ma la presentano con modica gravezza; gli altri che nell'andarci soggetti facilmente, la presentano con spiccata gravezza. I primi sono immunizzati dalla tubercolosi della prima infanzia o presentano una eredo-distrofia tubercolare, epperciò presentano con modica gravezza il male, quando vanno incontro ad una tubercolosi acquisita; in essi la vaccinazione antitubercolare sarebbe un pleonasmo, negli altri invece che non sono immunizzati contro la tubercolosi in nessuna maniera conviene applicare sopratutto la vaccinoterapia. La distinzione quindi è indispensabile dal punto di vista tanto pronostico quanto terapeutico.

SCHUPFER. — Osserva che nell'infezione tubercolare bisogna tenere in considerazione la quantità e la qualità del virus che penetra nell'organismo e che i germi che permangono nell'organismo mantengono continuamente l'individuo sotto l'influenza dell'infezione. Rileva come la ipernutrizione non sia alle volte consigliabile e per le speciali condizioni dell'apparato gastro-intestinale e per le tendenze artritiche del soggetto, e che del resto ipernutrizione cellulare intesa come espone il prof. Viola nella sua relazione non implica di necessità iperalimentazione.

CAMBIASE. — Espone i risultati ottenuti praticando numerose vaccinazioni con il vaccino Maragliano. Osserva come la cutireazione sia tanto maggiore quanto più alto è lo stato di immunità.

LANDOLFI. — Annuncia che nella II Clinica Medica di Napoli verranno applicate sistematicamente le vaccinazioni antitubercolari col vaccino Maragliano.

Seduta pomeridiana.

Presidenza: Prof. QUEIROLO.

CIOFFI. — Si intrattiene sulla terapia specifica della tubercolosi e sulle proprietà del siero Maragliano. Non è d'accordo col relatore prof. Viola nel concetto che il bacillo tubercolare rappresenti soltanto la scintilla che provoca lo sviluppo della malattia, senza esercitare poi alcuna influenza sul decorso e sviluppo della malattia stessa.

PARI. — Osserva come si possa dimostrare facilmente, applicando l'oftalmoreazione, l'assorbimento avvenuto dei prodotti dei bacilli tubercolari e specie delle sostanze immunizzanti, introducendo le sostanze antigeni per via orale.

Nella immunoterapia contro la tubercolosi ritiene che sia utile, saggiando la sensibilità del soggetto, cominciare con una immunoterapia passiva per giungere gradualmente, attraverso la immunoterapia mista, a quella attiva.

ARCANGELI. — Osserva che nei detenuti, i quali vanno assai facilmente soggetti a malattie tubercolari, potrebbe essere su larga scala applicata la vaccinazione. È convinto, specie per osservazioni cliniche personali concernenti una immunità naturale spontanea, della utilità della vaccinazione. Rileva come nel maggior numero dei casi, già l'esame fisico del malato sia sufficiente per giungere alla diagnosi senza bisogno di ricorrere ad elementi sussidiari. Insiste sul fatto che oltre la costituzione ha notevole importanza il contagio e che occorre quindi isolare i tubercolosi e i predisposti se si vuole che la lotta antitubercolare giunga a buoni risultati.

MOSCATI. — Richiama l'attenzione sull'importanza delle vie di infezione nella tubercolosi.

CASTRONUOVO. — Domanda al relatore prof. Maragliano il rapporto esistente tra digeribilità delle tossine tubercolari introdotte per via orale e la formazione di anticorpi. Osserva la importanza della tossiemia tubercolare nella determinazione delle malattie del sangue. Propone l'approvazione di un ordine del giorno riguardante l'applicazione delle vaccinazioni antitubercolari.

SILVESTRINI. — Si intrattiene su un sintomo rilevato nelle affezioni tubercolari e specie quando esistono sinecchie pleuriche dell'apice: consistente nella presenza di soffi retroclavicolari in- ed espiratori. Ritiene che il potere agglutinante del siero possa essere usato per misurare lo stato dei poteri di difesa dell'organismo. Crede che la reazione di Abderhalden non possa essere applicata nella tubercolosi e riferisce come egli abbia ottenuti risultati negativi.

Osserva che l'uso dei sieri non ha portato ai risultati che si attendevano e ritiene che ciò dipenda dall'esistenza di numerosi tipi di bacilli tubercolari e che come avviene nelle altre infezioni (tifo e meningococco), sia necessario usare sieri intonati ai diversi tipi bacillari. Domanda al relatore prof. Maragliano quanto crede possa perdurare l'immunità antitubercolare artificiale.

INGRAU. — Rileva che fra i solfatari pochi sono coloro che ammalano di tubercolosi e interpreta il fatto come dovuto forse ad una azione specifica dello zolfo contro il bacillo di Koch ed a speciali modificazioni anatomiche collegate alla professione (enfisema).

D'AMATO. — Ha compiuto osservazioni circa la crisi emoclasica nei tubercolosi, e applicando la emoclasia digestiva per saggiare lo stato di funzionalità del fegato ha constatato come nelle tubercolosi iniziali la prova sia negativa, e diventi nettamente positiva nei casi di tubercolosi avanzata. L'O. ha osservato inoltre che nei tubercolosi la iniezione di quantità infinitesime di tubercolina (un milionesimo di grammo) determina l'apparire dello choc emoclasico, mentre nulla di simile si osserva nei sani.

MARAGLIANO. — Risponde ai vari oratori che hanno preso la parola nella discussione sulla relazione. Ai professori Schupfer e Arcangeli osserva che se è vero che la quantità del virus ha importanza, è pur vero che l'organismo non resiste di fronte a rilevante quantità di virus, perchè il terreno organico non ha sufficienti difese. Conviene con Jemma che le misure adottate per la lotta antitubercolare sono insufficienti, e che un punto importante è la precocità della diagnosi. Insiste sulla utilità della ipernutrizione e della elioterapia. Nei riguardi della terapia per via orale, afferma che le sostanze bacillari introdotte per bocca vengono veramente digerite ed assorbite, ed egli stesso ebbe occasione di osservare un caso di avvelenamento per ingestione di tubercolina in dosi eccessive.

Rispondendo a Silvestrini dice che i soggetti vaccinati da 4 anni presentano ancora anticorpi antitubercolari. Solo una osservazione prolungata potrà stabilire la durata della immunizzazione artificiale. È certo che essa deve essere limitata, onde la necessità di ripetere la vaccinazione varie volte. Conviene che la cutireazione possa essere applicata per la ricerca dello stato immunitario. Alla domanda di Tedeschi risponde che l'Antigene da usare è quello che li somma tutti, e assicura che il vaccino preparato secondo il suo metodo è assolutamente innocuo.

Si augura di potér vedere, per la collaborazione dei medici italiani, attuata nel campo pratico quella che è stata una conquista scientifica nella lotta contro la tubercolosi.

LUCATELLO. — Rispondendo alle osservazioni di Barlocco riconosce l'importanza delle associazioni microbiche specialmente in riguardo alle applicazioni terapeutiche. Ritiene che la linfocitosi non sia segno patognomonico di infezione tubercolare, ma espressione di una infezione lenta. È d'accordo con Tedeschi e Giuffrè sul valore che occorre dare all'esame radiologico e conviene con Arcangeli che nella maggioranza dei casi è sufficiente l'esame fisico, purchè esso sia rigoroso ed esatto. Rispondendo alla osservazione di Castronuovo ricorda che egli già accennò alla tubercolosi latente quale causa di malattie dell'apparato emopoietico, e rileva l'influenza benefica che spesso dimostra la cura antitubercolare, su anemie che potevano apparire dovute a cause ignote. Circa le obbiezioni di Silvestrini crede che si voglia conferire eccessiva importanza alle ricerche delle agglutinine e delle precipitine, e che si debba invece dare maggior valore alla reazione di Abderhalden.

VIOLA. — Dichiara che se i costituzionalisti fanno ai bacteriologi puri l'appunto di assegnare un valore eccessivo al bacillo tubercolare, non vogliono cadere essi nello stesso errore dando eccessiva importanza alle costituzioni. Due fattori entrano nelle manifestazioni di ogni processo morboso, il virus ed il terreno organico, e la malattia è appunto la risultante delle lotte di questi due poteri, uno offensivo e l'altro difensivo, che stanno fra loro in rapporto inverso.

Se la densità del virus tubercolare ha una certa importanza, è pur vero che maggior valore ha l'organismo, e l'esperienza che ci ha dato la guerra ha portato alla constatazione che nonostante l'aumento della densità del virus tubercolare, rari sono stati i casi di tubercolosi primitiva; mentre

la maggior gravezza e diffusione delle malattie tubercolari era certamente in rapporto con circostanze di iponutrizione che provocano nell'organismo un abbassamento dei poteri difensivi contro il virus tubercolare.

Circa l'osservazione di Ferrannini afferma che nessuno ha potuto dimostrare che i prodotti del bacillo tubercolare possano determinare quelle modificazioni costituzionali quali si rilevano nell'habitus longilineo; mentre è certo che essi possono determinare condizioni distrofiche particolari ben differenziabili dall'abito tisico tipico. Così vi sono individui scrofolosi sin dalla nascita con abito brevilineo, nei quali la permanenza dell'infezione tubercolare non provoca alcun mutamento del tipo morfologico costituzionale. In ogni gruppo demografico esistono un tipo normale e vari tipi anormali, che hanno ai due estremi della loro serie il tipo longilineo e quello brevilineo. Ciò deriva dalla spinta evolutiva che, per la legge degli errori, erra fatalmente dimostrandosi ora deficiente (abito brevilineo), ora eccessiva (abito longilineo). Questi due tipi sono l'uno l'antitesi dell'altro, e non si può ammettere che la tossina tubercolare di per sè abbia il potere di determinare o l'uno o l'altro dei tipi morfologici costituzionali.

Terminata così la discussione intorno alle relazioni sulla tubercolosi, alla seduta pomeridiana del 27 ottobre vengono rimandate le comunicazioni relative alla tubercolosi.

Il prof. GIUFFRÈ della Università di Palermo tiene la sua annunziata conferenza sul tema:

«*Dante e la Medicina*».

Espone i concetti che aveva Dante sulla costituzione dell'Universo e dell'Uomo e sui quattro elementi. Ai quattro umori accenna solamente a proposito della malattia di maestro Adamo. Dei versi, che ad essa si riferiscono, il conferenziere dà una nuova spiegazione e ne prende occasione per parlare del concetto, che allora si aveva del più nobile degli umori, del *sangue*, della sua formazione nel fegato, dei suoi rapporti col cuore e colle vene, della sua distinzione in rosso bruno e rosso vermiglio e del suo ufficio nutritizio. Nelle arterie da Dante designate col nome di *polsi*, si credeva allora che fossero contenuti gli spiriti, specialmente quello vitale. Però la parte più perfetta del sangue serve per la formazione del nuovo essere per la generazione o riproduzione. Prendendo argomento, che tra gli uffici del sangue, vi è quello di essere sede della vita e dell'anima parla del concetto che di questa aveva Dante nei suoi rapporti col corpo.

Il conferenziere si occupa quindi in particolare della sede degli spiriti dell'anima, e citando diversi passi della *Vita Nuova*, del *Convivio* e della *Divina Commedia*, viene alla conclusione essere questo il concetto che Dante aveva sulla sede dell'anima: «come il Creatore di essa, il quale è puro spirito, pure essendo in tutte le parti dell'Universo è nell'Empireo che più particolarmente risiede (in ogni parte impera *e quivi regge*: e quivi è *la sua città e l'alto seggio*) così egualmente l'anima, che *abita l'edifizio del corpo*, pur trovandosi in tutti gli organi, quanto alla sua parte più fina e più pura, nella quale «*la divina luce irraggia*», è nel cervello, «*nell'alta camera*», che anch'essa ha il suo alto seggio.

Lo spirito animale si trova in rapporto coll'anima sensitiva e motrice e colla razionale; e a proposito di esso il conferenziere illustra la descrizione che fa Dante dell'accesso di epilessia. Infine si occupa delle operazioni dello spirito vitale e dei rapporti di esso col cuore, colle vene, colle arterie (cioè coi *polsi*). Quindi mette tali dottrine in rapporto coll'altra più antica, che nel cuore hanno sede i sentimenti o passioni dell'anima, della quale dottrina si trova traccia nei poemi Omerici e anche nel «Libro dei morti» degli antichi Egizii. Da ciò la sinonimia delle parole *spirito, anima, cuore, sentimenti*.

Cita quindi diversi passi della poesia Dantesca, che si riferiscono al cuore come sede dell'amore, del desiderio, della gioia, di ardire, coraggio, viltà, paura. E dimostra che la conoscenza dei concetti di Dante intorno alla sede dell'anima e degli spiriti in rapporto al sangue, al cuore, ed ai vasi venosi e arteriossi, rende agevole intendere nel loro vero significato parecchi punti, che senza di quella resterebbero, come sono finora restati per molti, oscuri e incompresi. Tale dimostrazione è più particolarmente data da quei passi della *Vita Nuova* e della *Divina Commedia*, in cui Dante parla del tremore delle vene e dei polsi. Il quale è in rapporto con quello degli spiriti e del cuore ed è prodotto da quei sentimenti e passioni dell'anima e più specialmente dell'amore. A proposito di questi tremori emotivi il conferenziere accenna anche agli altri tremori descritti da Dante. Infine dà qualche esempio delle spiegazioni assolutamente insussistenti, false date da molti commentatori al tremore delle vene e dei polsi.

Prima di concludere dà un cenno della tradizione di quelle antiche credenze in epoche posteriori a quelle di Dante, nel campo della Medicina, della Filosofia e della Poesia. Al quale proposito tocca più particolarmente dell'ostacolo che le teorie animistiche e vitalistiche portarono al progresso della medicina scientifica, delle lunghe discussioni fattesi fino ai giorni di oggi sulla *sede dell'anima* (accennando agli studi di Frenologia, a quelli sui centri vitali, sulla centralità della coscienza, sulle localizzazioni cerebrali, e a quelli recentissimi sulla cito-architettonica della corteccia cerebrale).

Per quanto riguarda la tradizione nell'arte dà un gustoso florilegio dei passi delle poesie di Parini, Monti, Carducci, Pascoli, d'Annunzio, ove si fa parola di *vene o polsi*.

Nella perorazione esprime l'augurio che si estenda e si intensifichi sempre più *l'alta cultura* tra gli scienziati, i filosofi ed i letterati, per il reciproco vantaggio, come ci è indicato dall'esempio luminoso di Dante, della Scienza e della Filosofia della Scienza e dell'Arte, ed anche della Scienza e della Fede.

Seduta antimeridiana del 28 ottobre 1921.

Presidenza: LUCATELLO.

Relazioni sulla encefalite epidemica.

Eziologia e patogenesi.

Prof. F. MARCORA. Roma.

Il R. giunge alle seguenti conclusioni:

1. — L'encefalite epidemica è caratterizzata da un processo flogistico a tipo produttivo e a decorso generalmente acuto, talora cronico, che colpisce elettivamente il sistema nervoso centrale, e che, pur mostrando una spiccata predilezione per talune regioni di esso, può localizzarsi in ogni parte dell'asse cerebro-spinale, e nelle meningi.

2. — L'encefalite epidemica, pei caratteri epidemiologici che le sono propri, assume, fra le affezioni che colpiscono elettivamente il sistema nervoso e si manifestano in forma epidemica (poliomielite anteriore, localizzazione cerebrale dell'infezione grippale, ecc.), una particolare fisionomia.

Contro l'ipotesi, più volte avanzata e discussa, che encefalite ed influenza siano diverse manifestazioni di un'unica forma morbosa — ipotesi che sembra confortata da apparenti rapporti cronologici fra le due malattie — possono invocarsi, nei riguardi dell'epidemiologia, i seguenti dati di fatto: *a)* la diversa estensione dei singoli focolai epidemici; *b)* la netta mancanza di contemporaneità nelle manifestazioni epidemiche delle diverse malattie; *c)* il grado di diffusibilità proprio di ciascuna forma morbosa.

3. — Tanto il «diplostreptococcus pleomorphus» isolato da Wiesner, come diversi altri germi descritti da varii autori — Maggiora, Colombo, Boccolari, Panini, Tunola, Tron, Gabbri, Stafford, ecc. — debbono riguardarsi come espressioni di infezioni concomitanti o secondarie. Le interessanti esperienze compiute da molti autorevoli ricercatori — Levaditi e Harvier, Ottolenghi e collaboratori, Bastai, Bradford e Wilson, Bashorf, Mac Intosh e Turnbull, Loewe, Strauss, Hirchfeld, Zanelli e Santangelo, e altri — portano concordemente ad ammettere l'esistenza di un virus filtrabile encefalitico. Ma le opinioni sono discordi intorno alle proprietà caratteristiche fondamentali del virus stesso morfologicamente definito secondo alcuni, morfologicamente indefinito secondo altri, per cui il problema eziologico della encefalite epidemica non può dirsi ancora definitivamente risolto.

4. — Le alterazioni caratteristiche della encefalite epidemica sono rappresentate da processi infiltrativi propri della infiammazione produttiva, che si svolgono prevalentemente nel tessuto connettivo perivasale e sono rilevabili solo microscopicamente. Ad essi si accompagnano di regola iperemia, edema interstiziale, talora scarsi fatti emorragici e infine alterazioni regressive delle cellule e delle fibre nervose che possono portare alla totale distruzione degli elementi cellulari.

Tanto gli infiltrati perivasali, quanto le alterazioni degli elementi nervosi non sono strettamente specifici della encefalite epidemica. Per contro, la costante e caratteristica distribuzione delle lesioni, la particolare intensità che esse assumono di regola in alcune regioni (mesencefalo), la netta tendenza del processo infiammatorio a localizzarsi nella sostanza grigia, il carattere parcellare delle alterazioni nervose, e infine l'assenza di alterazioni costanti e caratteristiche negli organi non in diretto rapporto col sistema nervoso, conferiscono al quadro anatomo-patologico della encefalite letargica limiti ben definiti e netti caratteri distintivi.

5. — I dati forniti dalla epidemiologia, dall'esperimento e dalla anatomia patologica, non meno di quelli desunti dall'osservazione clinica, ci autorizzano a considerare la encefalite epidemica, anche in mancanza di sicure conoscenze eziologiche, una forma morbosa a sè.

Sintomatologia, forme cliniche, diagnosi, patogenesi, prognosi e terapia.

Prof. A. GASBARRINI. Pavia.

Il R. così riassume la sua relazione:

1. *Premesse.* — L'encefalite epidemica nella sua forma completa, classica, offre una particolare impronta clinica: non è lodevole la tendenza a creare vari tipi definiti e sistematici di questa malattia, a seconda dell'estensione e localizzazione delle lesioni, a seconda del predominio di alcuni sintomi, della diversità di decorso e di durata dell'affezione, potendo uscirne danneggiata la fisonomia clinica. Il polimorfismo sintomatologico non deve farci perdere di vista il quadro classico della malattia, a cui spesso corrisponde un reperto anatomico ed istologico ben netto.

2. *Sintomatologia.* — Nel suo andamento caratteristico l'encefalite epidemica offre una serie di sintomi che si aggruppano e si succedono con particolare modalità. Dopo un breve periodo prodromico di disturbi vaghi (malessere, stanchezza, vertigine, cefalea, dolori a tipo reumatoide, modica febbre) vengono in scena fenomeni di eccitazione psico-motoria e psichica, a volte algie vivissime e della più varia sede. Nello stesso tempo, talora più tardi, subentrano sintomi di paresi, meno frequentemente di paralisi, a carico della muscolatura estrinseca ed intrinseca dell'occhio, in specie nel campo di alcuni muscoli innervati dal 3° paio (ptosi palpebrale uni- o bilaterale, diplopia, strabismo, miosi o midriasi, deficienza dei riflessi pupillari alla luce, all'accomodamento), associati o non a deficit motorio nel dominio di altri nervi cranici.

I sintomi oculari consentono di diagnosticare precocemente la malattia: sono paralisi d'origine nucleare e perciò incomplete, parziali, dissociate, spesso fugaci, con tendenza a migrare da un lato all'altro e suscettibili di recrudescenze; altre volte, invece, rappresentano soltanto fenomeni di astenia muscolare.

Possono insorgere anche sintomi di deficit motorio in altri territori.

Ma il fatto di maggiore interesse è la comparsa, a volte precoce, a volte più tardiva, di clonie localizzate ad un gruppo muscolare, ad un muscolo, od anche a porzione di esso, oppure estese più o meno largamente. La scossa clonica suole essere brusca, così da ricordare quella data dall'eccitazione elettrica, con ritmo più o meno regolare e frequente. Queste clonie possono associarsi ad altri fenomeni di eccitamento motorio (di solito a contrazioni fascicolari e fibrillari, a movimenti coreiformi, atetosici, coreo-atetosici, tremore, più raramente a spasmi muscolari, convulsioni generalizzate o parziali, a tipo epilettico, ipertonia muscolare, atteggiamenti catatonici, atassia). Esiste ipereccitabilità dei muscoli a stimoli meccanici e faradici.

Più o meno rapidamente si attenuano o si dileguano molti di questi sintomi, la febbre si innalza, in misura però non sempre proporzionale alla gravità od alla durata dell'affezione, a tipo spesso continuo-remittente, e compare, quasi sempre in modo insensibile e graduale, una sonnolenza, che può giungere fino al sonno letargico od al coma, con accentuazione nelle ore pomeridiane e della sera, spesso interrotta da periodi di agitazione e di delirio.

Trattasi di un vero stato di ipersonnia, da cui gli infermi possono il più delle volte essere destati, dimostrando un certo orientamento nel tempo e nello spazio. Ma in alcuni casi, invece del sonno, può aversi una *insonnia* ostinata e ribelle.

Mancano assai spesso la rigidità della nuca ed il Kernig. In genere le varie sensibilità obbiettive si mostrano integre. I riflessi tendinei e superficiali offrono un'insolita variabilità; sono sovente alterati i riflessi oculo-cardiaco ed oculo-vasodilatatore. Può esservi il segno di Babinski e di Oppenheim, per lo più unilateralmente. In casi gravi esistono disturbi degli sfinteri. Spiccano per la loro frequenza alcune manifestazioni riferibili all'apparato endocrino-simpatico. Il liquido cefalorachidiano in molti casi è normale, in altri offre un certo aumento della pressione, del tasso degli albuminoidi, iperglicorrachia, ricchezza di linfociti; eccezionalmente è emorragico.

A carico dei vari apparati poco o nulla è dato rilevare, se si eccettuano frequenti fatti semplicemente iperemici o catarrali delle mucose visibili, di solito fugaci, stitichezza, leucocitosi più o meno spiccata, con polinucleosi neutrofila, e nei casi gravi, dispnea, tachicardia, ipotensione arteriosa, albuminuria con cilindruria, modica dolenzia del fegato.

Costantemente negativa la sierodiagnosi per il tifo, i paratifi, il proteus X_{19}, positiva la R. di Wassermann in qualche caso, attestante che la malattia si svolge in un luetico.

Quando la forma morbosa volge a guarigione, si ha la regressione dei vari sintomi di solito dopo 1-3 settimane, permanendo più o meno a lungo o soltanto fenomeni astenici, tendenza al sonno, qualche mioclonia fascicolare o fibrillare, ovvero residuando in altri casi postumi di varia entità.

La morte sopraggiunge ordinariamente nei primi 8-15 giorni di malattia per paralisi bulbare.

3. *Varietà cliniche.* — Possono nel quadro clinico dell'encefalite epidemica predominare ora la sonnolenza (*varietà letargica*), ora i fenomeni di eccitamento motorio, particolarmente le mioclonie (*var. mioclonica*), ora infine le algie, spesso di origine radicolo-neuritica (*var. mono- o polinevritica*). La varietà *ipercinetica* pura è rara, associandosi quasi sempre ad un certo stato letargico (*var. ipercinetico-letargica*).

La particolare sindrome descritta col nome di singhiozzo epidemico deve rientrare con ogni probabilità nella varietà ipercinetica dell'encef. epid., con cui mostra di avere stretti rapporti epidemiologici e clinici.

4. *Diagnosi.* — La diagnosi riesce generalmente facile innanzi tutto in base ai dati clinici e suffragata dal criterio epidemico, nonchè dall'esame isto-patologico. Il polimorfismo sintomatico può tuttavia richiamare talora quadri di svariate affezioni del sistema nervoso, in guisa da rendere imbarazzante la diagnosi. L'esame clinico deve essere quindi accuratissimo: nessuno dei sintomi è patognomonico dell'encef. epid., ma ciascuno di essi è di grande ausilio nell'orientamento diagnostico; *sono quasi sempre i fenomeni nucleari di paresi o di irritazione nel dominio di alcuni nervi cranici che costituiscono il fulcro della diagnosi.*

La diagnosi differenziale deve porsi con le varie forme di polioencefalite acuta emorragica, con la poliomielite anteriore acuta di Heine-Medin, e nei casi che si accompagnano a risentimento meningeo, con le varie forme di meningite (sierosa, cerebro-spinale epid., tubercolare, sifilitica).

La tubercolosi e la sifilide possono talora offrire un quadro clinico assai vicino a quello dell'encef. epid., ma l'esame meticoloso del malato spesso permette un esatto orientamento diagnostico.

L'influenza a forma nervosa presenta quasi sempre una diversa impronta clinica: varî argomenti propendono a far ritenere, pur con le dovute riserve, che essa non abbia rapporti diretti con la encefalite epidemica.

Nella varietà ipercinetica può un encefalitico ricordare un coreico.

La corea elettrica del Dubini deve ritenersi corrispondere alla forma mioclonica dell'encef. epid., pur riconoscendo alcune differenze sintomatologiche.

Certi segni clinici, infine, inducono a prendere in esame una serie di altre evenienze diagnostiche, facilmente differenziabili, che hanno per base fenomeni tossici (botulismo) o letargici (tifo addominale, tumore cerebrale, coma diabetico, uremico, apoplettico, malarico, letargia isterica) o dolorosi (polinevrite), ecc.

5. *Decorso.* — È variabilissimo: dalle forme *acute,* a decorso rapido, siano esse guaribili o letali, si passa alle forme *subacute* o *croniche,* in cui i varî disturbi si trascinano, ora più, ora meno imponenti, per mesi e talora per anni.

Possono aversi *oscillazioni* o *riprese* dei sintomi.

6. *Postumi.* — Fra i postumi nervosi di *natura organica* sono degne del maggiore interesse le sindromi parkinsoniane, che ricordano talora in mo-

do perfetto la paralisi agitante; altre volte sono disturbi del trofismo muscolare o delle varie sensibilità obbiettive, fenomeni paretici più o meno circoscritti o di eccitamento motore, oscillazioni bradicinetiche, indice di una lesione del sistema nervoso a varia sede. Ma v'hanno anche postumi di *natura istero-funzionale* (ad es. spasmi più o meno localizzati, rientranti nella categoria dei tics funzionali, atteggiamenti campto-cormici, ecc.), in soggetti con tara nevropatica; spesso *disturbi psichici* e talora *inversione del ritmo del sonno e della veglia.*

7. *Patogenesi. — Nell'encef. epid. l'anatomia patologica non sempre ci rende conto dei fatti clinicamente osservati.* Alcuni fenomeni sono indubbiamente di ordine tossico, provocati non direttamente dal virus, ma a distanza da questo, altri hanno riscontro in lesioni dell'asse cerebro-spinale a varia sede, soprattutto la corteccia cerebrale ed il mesencefalo. Così, per i fenomeni dell'eccitamento motore, la localizzazione loro non è sempre la stessa, ma può essere posta lungo tutto il fascio piramidale, dalla corteccia alla regione bulbare e sottotalamica, alle corna grigie anteriori e perfino ai nervi periferici. Lo stesso dicasi per i fenomeni di paresi o di paralisi. La rigidità pupillare può indicarci la compartecipazione del ganglio ciliare. Quanto all'interpretazione del sonno, considerato quale manifestazione clinica dell'encf. epid., si debbono invocare le stesse teorie che sono a base del sonno fisiologico. La sindrome parkinsoniana postencefalitica può essere spiegata, sia con una lesione atrofica, degenerativa degli elementi cellulari del *globus pallidus,* sia del *locus niger,* sia dell'uno e dell'altro ad un tempo; occorrono tuttavia più ampie e sistematiche ricerche istopatologiche al riguardo. Alcuni sintomi, infine (astenia, asinergia, adiadococinesia, catatonia, atassia), denunziano talora una turbata funzione cerebellare.

8. *Prognosi.* — La mortalità nell'ultima epidemia di encef. epid. ha oscillato fra il 5 ed il 55 %; io ebbi il 16.6 % su 42 casi. Sono specialmente alcuni postumi che comportano una prognosi riservata.

9. *Terapia. — Mancano soccorsi terapeutici, capaci di influenzare in modo apprezzabile l'andamento della malattia o i postumi di essa.*

La puntura lombare il più delle volte non serve. Sono rimasti senza effetto i vari tentativi siero e vaccinoterapici specifici o aspecifici, chemoterapici, antitossici od antinfettivi generici. Contro la ipertonia muscolare della sindrome parkinsoniana postencefalitica la cura di cacodilato sodico a forti dosi, s. Lhermitte e Quesnell, non ha risposto all'aspettativa.

Fra i rimedi atti a mitigare temporaneamente l'ipertonia, la rigidità, il tremore, è tuttavia consigliabile l'iniezione sottocutanea giornaliera di 1-2 cc. di *solfato di magnesio* nella soluz. di 1 : 10, anche perchè meno tossico degli altri medicamenti proposti.

Discussione delle relazioni sulla encefalite epidemica.

CARDARELLI A. — Riferisce come studiando il comportamento della pressione arteriosa in 18 casi di encefalite epidemica, ebbe come risultato quasi costante un certo grado di ipotensione. In alcuni casi l'ipotensione fu notevole tanto più che i malati erano quotidianamente sottoposti a trattamento con ipodermoclisi adrenalinizzate.

TAROZZI. — Osserva come in 7 casi di encefalite epidemica potè all'autopsia notare lesioni broncopolmonari del tipo influenzale. Non ritiene che il virus encefalitico filtrabile di Levaditi sia specifico poichè afferma che lesioni uguali possono ottenersi con l'uso di tossine. Egli stesso iniettando in conigli, sotto la dura, i filtrati di essudato broncopolmonare di encefalitici, o le culture, o i filtrati delle culture ottenne alterazioni anatomiche cerebrali in tutto paragonabili a quelle dell'encefalite epidemica. Secondo l'O. esiste un rapporto eziologico tra influenza ed encefalite, e le lesioni anatomo patologiche encefalitiche sono dovute all'azione delle tossine del virus influenzale localizzato nell'apparato respiratorio.

SPANIO. — Ha constatato in encefalitici con sindrome parkinsoniana una esagerazione del riflesso oculo-cardiaco, ed in 10 su 11 reazione positiva alla pilocarpina ed atropina, in uno reazione positiva all'adrenalina. Conclude per uno stato vagotonico di tali malati e pone in rapporto il sonno con la vagotonia. Ha ottenuto buoni risultati usando la scopolamina.

BERTELLI. — Si intrattiene sullo stato vagotonico degli encefalitici e sul ricambio azotato notando come egli abbia riscontrato un valore elevato della costante di Ambard e del coefficiente azoturico senza poter trovare alcun segno di lesione renale.

Seduta pomeridiana del 28 ottobre 1921.

Presidenza: ASCOLI.

Continua la discussione sul tema dell'encefalite.

PENDE. — Dalle sue ricerche sul sistema nervoso-vegetativo è tratto a concludere che nella encefalite epidemica esiste una sindrome para-simpaticotonica. Ricorda come il tono dei muscoli striati è dovuto al sistema parasimpatico, e come nel mesencefalo esistano centri che danno il tono ai muscoli striati. Nella interpretazione dei sintomi dell'encefalite occorre tenere in considerazione quindi le localizzazioni del virus nel dominio del parasimpatico. Da ciò l'O. pensa dipendano i disturbi del sonno ed i sintomi parkinsoniani. Osserva inoltre come nell'influenza non si abbiano mai sintomi a carico del parasimpatico, e come tale fatto abbia importanza non solo dal punto di vista nosografico, ma anche da quello eziologico e terapeutico.

SABATINI. — Espone alcune osservazioni cliniche secondo le quali ha potuto constatare che nei postumi dell'encefalite epidemica esiste una inversione non solo delle funzioni della vita vegetativa ma anche delle funzioni intellettive e psichiche.

Ciò egli potè osservare e nella grafia e nella ideazione.

Circa la terapia egli ha studiato sistematicamente tutti i rimedi antiprotozoari sempre con risultato negativo. È discorde col Gasbarrini circa la identità eziologica ed anatomo-patologica fra encefalite epidemica e singhiozzo, non conoscendosi che un solo caso di singhiozzo seguito da autopsia.

SILVESTRINI. — Si sofferma sui rapporti tra encefalite ed influenza e per ragioni epidemiologiche e di contagio ritiene che il virus dell'influenza sia diverso da quello dell'encefalite. Ritiene che il virus encefalitico abbia delle sedi di predilezione, ma che però possa localizzarsi in qualsiasi parte dell'asse cerebro-spinale (localizzazioni periferiche e cerebellari).

Osserva che tra il Parkinson vero e le sindromi parkinsoniane post-encefalitiche esistono delle differenze specialmente nei riguardi della scialorrea e dei disturbi psichici.

FAMULARI. — Cita un caso di osservazione personale di encefalite iniziatasi con sintomi a carico del 5° paio (nevralgia sopra-orbitaria, herpes).

QUEIROLO. — Non è convinto che esistano differenze eziologiche tra l'influenza e l'encefalite, ma per altro riconosce di non avere argomenti per sostenerne l'identità. Nota che l'encefalite è malattia infettiva con fenomeni generali di intossicazione ed infezione e con localizzazioni nel sistema nervoso.

Circa il reperto anatomo-patologico ritiene che le lesioni riscontrate nell'encefalite non abbiano carattere di specificità.

D'ALLOCCO. — Afferma che nell'encefalite epidemica si possono avere lesioni anatomiche macroscopiche. Insiste sulla unità nosografica dell'encefalite. È convinto che il singhiozzo epidemico sia una forma di encefalite a manifestazione monosintomatica. Pone in rilievo alcune differenze osservate fra il Parkinson vero e le sindromi parkinsoniane post-encefalitiche.

CARRERAS. — Riporta un caso di osservazione personale, nel quale si ebbe singhiozzo, poi dopo un mese lo sviluppo di una sindrome parkinsoniana, di clonic, di fenomeni bulbari e la morte.

Considera tale caso come di encefalite con un primo sintomo consistente nel singhiozzo.

ZAGARI. — Si sofferma sulle forme psichiche demenziali e parkinsoniane post-encefalitiche e sulle forme cerebellari dell'encefalite. Riferisce alcune osservazioni personali su disturbi dell'apparato cardio-vascolare negli encefalitici.

SOFFRÈ. — Afferma che è fuori di dubbio che l'influenza può dare sindrome uguale a quella dell'encefalite epidemica compreso il sonno; richiama l'attenzione sulla coincidenza di tempo e di sintomi tra le epidemie di influenza e quelle di encefalite; è d'accordo con Marcora sulle differenze tra il quadro anatomo-patologico dell'influenza e quello dell'encefalite, ma si domanda se poi le lesioni anatomiche dell'encefalite sono veramente specifiche.

PIAZZA. — Osserva come nelle ricerche bacteriologiche sull'encefalite si abbia avuto esito positivo in un solo caso su 35 studiati, e riferisce gli effetti che determinano sugli animali le iniezioni di emulsione cerebrale sterile e di prodotti di setticemie banali.

JACONO. — Nota come ancora non si conosca esattamente la biologia dei vari germi, e come sia fuor di proposito parlare di parentele tra influenza ed encefalite epidemica, non conoscendosi ancora con sicurezza il virus dell'una e dell'altra forma morbosa.

CRISPINO. — Soffermandosi sul meccanismo del singhiozzo rileva come molteplici siano le cause che possono determinarlo. Onde data la molteplicità dei fenomeni dell'encefalite, non uno solo di questi può influire nella provocazione del singhiozzo. Ammette che si può avere il singhiozzo da lesione del frenico, senza l'esistenza di lesioni cerebrali.

MOSCATI. — Riferisce di avere avuto occasione di constatare lo sviluppo di sindromi mesencefalitiche in individui già guariti di gravi manifestazioni influenzali. Richiama l'attenzione sulla perdita dei riflessi congiuntivali, come segno utile per la diagnosi precoce di encefalite.

MARCORA. — Rispondendo ai vari oratori fa notare che effettivamente esistono rapporti epidemiologici, più che rapporti clinici, tra encefalite ed influenza. Circa il rilievo di localizzazioni cerebellari se è vero che clinicamente esistono sintomi cerebellari, è però fin ora certo che anatomicamente non sono state riscontrate alterazioni a carico del cervelletto, ed invece con certa frequenza nel mesencefalo in corrispondenza dei punti nodali dei fasci cerebellari. Afferma che le lesioni macroscopiche nell'encefalite non sono nè salienti nè caratteristiche.

A Queirolo risponde che nella sua relazione circa i rapporti cronologici tra influenza ed encefalite, ha tenuto conto soltanto delle ultime epidemie, perchè i casi riferiti nelle precedenti epidemie non erano sicuramente identificabili come di encefalite.

Riguardo all'anatomia patologica dell'encefalite osserva che nel 1889 e 1890 furono notati i primi casi di influenza con manifestazioni nervose che furono attribuite a fatti tossico degenerativi analoghi a quelli che si hanno nella difterite. All'autopsia di questi casi furono trovate grosse emorragie. Ricorda altri casi della letteratura che vennero interpretati come di encefalite influenzale, ma i cui reperti anatomici non sono probativi per una encefalite influenzale vera e propria.

E Strumpell studiando le encefaliti avvertì di distinguere le forme suppurative da quelle non suppurative. L'O. osserva che oggi si è ancora lontani dal potere effermare l'esistenza di una encefalite influenzale vera e propria; che le affezioni nervose di ammalati di influenza sono accompagnate a lesioni caratterizzate dalla **varietà di sede e di natura** (fatti emorragici, e degenerativi), mentre nell'encefalite epidemica le lesioni anatomo-patologiche sono distribuite in determinate zone, ed hanno carattere nettamente infiammatorio produttivo.

Rispondendo a Tarozzi osserva che non sa che esistano dati anatomici che permettano di affermare il carattere specifico influenzale delle lesioni bronco-polmonari riscontrate; e rileva che nelle numerose autopsie di encefalitici eseguite in Roma (Marchiafava) fu raro il reperto di lesioni dell'apparato respiratorio, e che tali lesioni si riscontrarono in individui morti in profonda cachessia dopo un decorso eccezionalmente lungo e grave della malattia. Ripete che le lesioni anatomiche dell'encefalite non sono specifiche, poichè lesioni dello stesso tipo si trovano in altre malattie, ma che però esse sono anzitutto caratteristiche per la loro distribuzione.

Conclude che il problema dei rapporti fra encefalite ed influenza non è ancora risolto e che solo potrà esserlo quando sarà risoluto quello dell'eziologia dell'encefalite e dell'influenza.

GASBARRINI. — Conviene che esistono dati epidemiologici e clinici che stanno contro l'identità tra encefalite ed influenza e nota pure come a differenza di quanto si osserva nell'influenza siano rari nella encefalite, lesioni importanti a carico dei reni e del cuore e come nell'influenza non si siano mai riscontrati postumi del tipo di quelli consecutivi all'encefalite.

Circa l'identità fra encefalite e singhiozzo epidemico ritiene che non sia motivo sufficiente per negarlo, la rarità del singhiozzo nella encefalite, e la mancanza nel singhiozzo di altri sintomi propri dell'encefalite, ma se nel primo caso il fatto può dipendere dalla localizzazione, per il secondo è noto come esistano altre malattie monosintomatiche. Ricorda di avere osservati casi di singhiozzo seguiti da encefalite.

La mancanza nel singhiozzo epidemico di postumi propri dell'encefalite risiede per l'O. nel fatto che le lesioni sono molto circoscritte.

È d'accordo con Pende e Spanio circa le alterazioni del parasimpatico e crede sia accettabile l'ipotesi formulata dagli OO. Afferma di non avere notato differenze fra il M. di Parkinson e le sindromi parkinsoniane post-encefalitiche, e con la trascrizione grafica ha osservato l'identità dei tremori nelle due forme. Inoltre è noto che il virus encefalitico può determinare il quadro esatto del M. di Parkinson.

A Cardarelli risponde di avere egli pure notato ipotensione; a Zagari di non avere osservato alterazioni notevoli a carico dell'apparato cardio-vascolare.

Comunicazioni sulla tubercolosi

Seduta pomeridiana del 27 ottobre 1921.
(*Seconda Sezione*).

Presidente: MARAGLIANO.

ARENA. — Insiste sulla importanza di una diagnosi precoce nelle affezioni tubercolari, ed espone un nuovo mezzo di omogeneizzazione per la ricerca del bacillo tubercolare.

CAMBIASE. — Si intrattiene diffusamente sulla tecnica della vaccinazione anti-tubercolare.

SAGGIORE. — Riferisce sulle osservazioni istologiche della distruzione del bacillo tubercolare operata dai tessuti (con dimostrazione di preparati).

FERRANNINI. — Parla dell'azione distrofizzante dei veleni tubercolari, quindi dei rapporti fra tiroide e tubercolosi ed infine dei risultati pratici negativi della chemioterapia della tubercolosi.

BUCCO. — Espone le sue ricerche sperimentali e cliniche fatte nel campo della chemioterapia della tubercolosi con i sali di cerio con risultati poco soddisfacenti al pari di quelli ottenuti con i preparati cuprocianici.

Espone quindi i risultati complessivi e sintetici delle sue numerose osservazioni cliniche sul pneumotorace terapeutico che vuole circoscritto solo ai casi con lesioni limitate unilaterali, senza aderenze pleuriche.

CANTANI e ARENA. — Si intrattiene sulle indicazioni e controindicazioni del pneumotorace insistendo particolarmente sulla necessità di applicare il pneumotorace nei casi iniziali; sulla scarsità dei pericoli; sulla semplicità della tecnica; sul meccanismo di azione.

CIOFFI. — A proposito della chemioterapia antitubercolare osserva che approfittando delle agglutinine presenti nel sangue di tubercolosi iniziali, sia utile cercare di mobilizzare i bacilli tubercolari onde renderli più facilmente aggredibili e agglutinabili. Pensa che ciò si possa ottenere usando una soluzione glicero-alcoolica di piroiodone e lecitina.

CATTANEO — Riferisce le sue ricerche nel campo della immunizzazione antitubercolare, dimostrando come i bacilli tubercolari morti determinino gli stessi fenomeni di ipersensibilità dati dai bacilli vivi.

COSTANTINI. — Si sofferma a considerare la patogenesi di alcune forme asmatiche.

FORTUNATO. — Tratta di modificazioni del sangue nella tubercolosi e dell'importanza della monocitosi. Espone quindi le sue osservazioni cliniche e sperimentali sulla vaccinazione antitubercolare.

IZAR. — Considera i rapporti esistenti tra tubercolosi e ghiandole a secrezione interna. Passa quindi a parlare dell'isolamento del complesso antigene, anticorpi per la prova della fissazione del complemento nella tubercolosi umana.

Seduta antimeridiana del 28 ottobre 1921.
(*Seconda Sezione*).

Presidenza: MARAGLIANO.

SIVORI. — Riferisce ampiamente sul veleno tubercolare integrale solubile preparato in collaborazione col prof. Rebaudi.

È la prima volta che si riesce ad ottenere una sostanza che rappresenti completamente il bacillo e che possa essere utilizzato nel campo pratico della immunità per ottenere dall'organismo la produzione di sostanze difensive contro la tubercolosi.

LANDOLFI. — Espone i risultati dei suoi studi sui nuovi orizzonti nella diagnosi e nella prognosi della tubercolosi (sondaggio potenziale degli organi endocrini).

LEONE. — Riferisce i suoi studi sulla autosieroreazione nella tubercolosi, proponendo un nuovo

metodo di ricerche a scopo diagnostico e prognostico.

LICCIARDI. — Espone alcune sue osservazioni rilevando l'importanza della vaccinazione Maragliano.

MUGGIA. — Porta un suo studio interessante sul problema importante del ricambio del calcio nei tubercolosi, concludendo che l'uso terapeutico del calcio è negativo.

CIANCIO. — Desidera schiarimenti sul metodo seguito, rilevando anch'egli l'importanza del tributo di tali ricerche alla terapia.

LOMBARDI ANTONIO. — Con osservazioni farmacologiche e terapeutiche, si associa pienamente alle rilevanti deduzioni del dott. Muggia.

BARLOCCO. — Fa notare che le ricerche del Muggia condotte accuratamente riflettono i vari elementi del ricambio. Egli consente con le conclusioni di notevole importanza desunte dall'O. aggiungendo che qualunque soggetto in preda a processi disassimilativi presenta perdita di calcio.

MUGGIA. — Espone le sue ricerche sul contenuto di grasso nel sangue dei tubercolotici.

PEZZANI, di Genova, riferisce diversi studi, sul ricambio di acido urico nei tubercolosi con deduzione degna di molta considerazione e sul ricambio azotato dei tubercolosi in compenso o scompenso e sulle putrefazioni intestinali dei tubercolosi.

CASTRONUOVO. riporta interessanti osservazioni sulla leucemia e tubercolosi e sulle nefriti nei tubercolosi. Fa una serie di considerazioni in ordine alla clinica di tali lesioni.

MARAGLIANO GIULIO riferisce brillantemente sul comportamento funzionale dello stomaco e del pancreas nella infezione tubercolare in una serie d'infermi desumendo dopo ricerche numerose che non si rileva funzionalità pancreatica degna di nota e che prevalgono invece le alterazioni di secrezione gastrica sotto forma di ipocloridria, anacloridria, ipoacidità, ipopepsia.

Comunicazioni varie.

Seduta pomeridiana del 28 ottobre 1921.

(Seconda Sezione).

Presidente: GIUFFRÈ.

ARENA riferisce alcuni suoi studi circa l'alcalinità del sangue nella gotta e nel reumatismo secondo le vedute di Guelpa.

SCALESE porta il contributo clinico allo studio eziologico della pseudo leucemia infettiva nei bambini.

BARLOCCO si intrattiene sul ricambio intermedio nell'epilessia, portando il contributo di sue originali indagini circa lo studio del glucosio, dell'azoto, del calcio, della colesterina. Per quanto riguarda i vari componenti l'oratore non ha avuto modificazioni notevoli circa il glucosio, l'azoto ed i grassi nel contenuto sanguigno prima, durante e dopo l'attacco; però ebbe risultati molto notevoli per ciò che riguarda il ricambio del calcio. Ciò dimostra quale sia il meccanismo della diminuzione del calcio nell'epilessia, in quanto che normalmente nell'epilessia in condizione di equilibrio si ha un notevole aumento durante l'attacco e diminuzione alla fine di esso. Devesi trovare l'interpretazione di ciò, secondo l'autore, nelle modificazioni della compagine dei tessuti e specialmente del cervello. Parla quindi sulla bili-genesi illustrando il modo di utilizzare a scopo diagnostico il criterio della funzionalità del fegato.

AIELLO parla dell'influenza della stasi venosa sullo stato fisico chimico dei globuli sanguigni.

BOLAFFI riferisce circa la malattia di Erb Goldflam; quindi circa il comportamento dell'azoto non ureico del sangue e della prova dell'emoclasia digestiva in alcune malattie epatiche.

BORINI parla del metodo razionale di cura nella ossiurasi intestinale.

CANDELA riferisce due casi di pseudo reumatismo articolare luetico; indi sui segni organici nella corea.

CIANCI parla delle modificazioni dell'area epatica dorsale per tumefazione, tossinfettiva della milza e della sindrome obbiettiva patognomonica della malaria.

STANGANELLI riferisce i risultati ottenuti nel dosaggio dell'urea col metodo del xantidrolo affermando che è da ritenersi assai superiore agli altri comunemente usati. Passa poi ad illustrare una serie di ricerche personali sul valore della costante ureo-secretoria di Ambard che, salutata come la più brillante scoperta della fisio-patologia contemporanea, ancora appassiona con alterna vicenda il mondo dei medici pratici e sopratutto dei chirurgi. L'O. espone il metodo ed il piano del suo lavoro obbiettivamente condotto in una larga serie di casi clinici per concludere che l'importanza di tale costante va ridotto entro limiti assai modesti, non certo superiori a quelli degli altri metodi di indagine funzionale del rene.

BOLOGNA parla dell'azione del cloroformio sulla tiroide portando il contributo di alcune sue interessanti ricerche sperimentali.

EPIFANIA riferisce sul meccanismo di azione del pneumotorace artificiale.

GIUFFRÈ riferisce circa il meccanismo di origine dell'iperpiressia nell'accesso malarico.

GERARDI riferisce sull'azione del trifenil nella terapia delle malattie infettive.

GRANIZIO riferisce circa la diagnosi e la teoria dei morbi gastrici.

IZAR illustra il cosidetto fenomeno di Herelle.

BASILICO parla del ricambio dell'azoto nella malaria.

LOMBARDI parla della berberina nelle splenomegalie da malaria e sulla sua importanza terapeutica, diagnostica e prognostica sulla riducibilità del tumore splenico.

MALCANGI riferisce circa la capacità vitale nei tubercolotici.

LEONE s'intrattiene sulle zone vaso-motorie e sulle proiezioni cutanee dei vari organi interni illustrandone l'importanza diagnostica come segno precoce nelle malattie interne. Comunica inoltre

studi istopatologici sui rapporti fra tiroide ed altre ghiandole a secrezione interna.

MAZZEI riferisce sul meccanismo della coagulazione del latte prodotto dai batteri.

Terminati così i lavori del XXVII Congresso di Medicina Interna prende la parola il prof. Maragliano compendiando in breve cenno l'importanza dei temi svolti nelle sedute e rilevando il notevole interesse e la non poca utilità derivante dallo svolgimento di un tema con la collaborazione dei medici e dei chirurgi Ringrazia il prof. Castellino e tutti i medici di Napoli per l'accoglienza rivolta a tutti i congressisti ed annuncia che sede del prossimo Congresso sarà Firenze. I temi proposti sono due, l'uno puramente medico sugli itteri; l'altro in collaborazione con la Società di Chirurgia sull'ulcera duodenale.

E con l'augurio che il prossimo Congresso segni come questo un altro passo della Medicina Italiana verso nuove conquiste dichiara chiuso il XXVII Congresso di Medicina Interna.

Inaugurazione nell' Aula della Clinica Medica del ricordo marmoreo alla Scuola Clinica Napoletana.

Il 27 ottobre terminata la seduta pomeridiana del Congresso di Medicina Interna i congressisti si portarono nella II Clinica Medica diretta dal prof. Castellino, dove ebbe luogo una solenne cerimonia.

Il prof. Castellino volle eternare nel marmo i nomi insigni di coloro che insegnarono Clinica Medica nella R. Università di Napoli.

Le due lapidi furono affisse alla parete principale dell'aula. In esse sono segnati tutti gl'insegnanti che vanno dai primi tempi fino all'unificazione italiana e da questa data ai giorni nostri comprendendo Salvatore Tommasi 1861-1883, Cantani 1868, 1892; Errico De Renzi 1883, 1914; Gaetano Rummo 1906, 1917; Sergio Pansini 1918, Antonio Cardarelli e Pietro Castellino 1914.

Il prof. Castellino, presidente del Comitato, pronunziò un dotto ed elevato discorso occupandosi della scuola medica napoletana non senza rivolgere un caloroso saluto ai professori De Renzi, Cardarelli e Maragliano.

Il prof. Rubino, discepolo di Cardarelli, lesse le lodi dell'insigne maestro, ed il prof. Boeri del maestro De Renzi, di cui fu discepolo. Parlarono anche i professori Queirolo, Giuffrè, Castronuovo e Andrea Ferrannini.

Infine al senatore Maragliano fu offerta una pergamena da parte della scuola medica napoletana e a questa un'altra pergamena a nome di tutti i clinici e patologi d'Italia.

Il prof. Maragliano ringraziò tutti per la dimostrazione di affetto tributatagli.

E. TRENTI.

XXVIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Seduta pomeridiana del 25 ottobre 1921.

Ptosi gastro-intestinali.

(Tema generale).

I. — PATOLOGIA E CLINICA DELLE PTOSI GASTRO-INTESTINALI.

Prof. MARIO DONATI (Modena), *relatore*. — L'O. usa la parola *splancnoptosi* nel senso generico di ptosi dei (o di) visceri addominali; la parola *enteroptosi*, nel senso specifico di ptosi dell'intestino. La splancnoptosi può essere generale, parziale, locale (o univiscerale); l'enteroptosi, totale o parziale (duodenoptosi, ileoptosi, tifloptosi, colonptosi, ecc.).

Nella ptosi, oltre all'abbassamento dei visceri (letteralmente, caduta: πτῶσις), vi è sempre un grado variabile, ma costante, di mobilità abnorme del viscere, la quale è anzi la *conditio qua non* della sua spostabilità in basso.

L'equilibrio statico dei visceri addominali. — Ciascun organo ha nell'addome una sua propria situazione, determinata da mezzi diretti e da mezzi indiretti di fissità, i quali, nel loro insieme, mantengono quello che l'O. chiama «equilibrio statico addominale». Per esso ogni organo conserva per ogni posizione del corpo una determinata propria situazione, e non altera in alcun modo quella dei visceri coi quali è in rapporto.

La cavità peritoneale deve essere considerata in condizioni normali uno spazio virtuale paragonabile alla cavità pleurica: per l'esistenza dei due foglietti peritoneali, i visceri addominali sono obbligati a rimanere accollati ovunque alla parete addominale e a sostenersi l'un l'altro, cosicchè nell'interno della cavità addominale — da distinguere dalla cavità peritoneale — resta annullata o quasi l'azione del peso. È questo un mezzo di fissità validissimo. Come già al Depage, anche all'O. esperienze manometriche hanno dimostrato che *nella cavità peritoneale la pressione è negativa.*

Nella cavità addominale invece può verificarsi pressione positiva per varie cause, fra cui importante la contrazione dei muscoli addominali.

Importanti mezzi indiretti di fissità sono *la tonicità dei muscoli addominali* (diaframma, muscoli e fascie antero-laterali dell'addome, muscoli e fascie del pavimento pelvico), per la quale essi mantengono la forma della cavità addominale e reagiscono con squisita sensibilità ad ogni causa che tenderebbe a modificare la pressione endoaddominale; *l'appoggio reciproco* che i visceri offrono l'un l'altro; *la conformazione normale dello scheletro.*

Codesti mezzi, insieme alla pressione negativa endoperitoneale, hanno un'importanza di prim'ordine nel mantenere i visceri nella loro posizione; a ciascuno di essi spetta una parte non trascurabile nella statica addominale, e tutti agiscono in intima associazione.

Quanto ai mezzi propri di fissità, o mezzi statici diretti, bene studiati dal Parlavecchio, secondo l'O. hanno ufficio di freni nelle più diverse contingenze fisiologiche e assumono valore nella statica particolare di ciascun viscere, mentre i mezzi indiretti hanno importanza specialmente nella statica generale dei visceri.

Col Parlavecchio, l'O. distingue mezzi di sospensione (peduncoli, legamenti, mesenteri), di sostegno o sospingimento (ponti di sierose), di restrizione sfinterica (sfinteri), di adesione periferica (aderenze).

Ma poichè per lo stomaco e gli intestini la posizione normale non può essere intesa come alcunchè di assoluto, e situazioni di visceri apparentemente anormali potrebbero essere invece dovute alla particolare morfologia dell'organismo in esame, l'O. insiste sulla necessità di condurre l'indagine clinica non separando la morfologia addominale da quella generale dell'organismo; è questo il solo mezzo per rendersi conto di ciò che deve essere compreso entro i limiti della normalità. La quale esiste allorchè la posizione, assoluta e relativa, dei singoli visceri e delle loro parti non determina alcun ostacolo meccanico allo svuotamento del contenuto; allorchè è permessa la dilatabilità e la spostabilità di certi visceri più che di altri e di certe loro sezioni più che di altre; quando infine è conservata alle singole parti la forma più adatta alle esigenze funzionali.

Oltre che di quelli considerati, l'equilibrio morfologico-funzionale è poi risultante anche di altri fattori: la normalità del sistema nervoso di relazione e simpatico, e l'equilibrio endocrino-simpatico, che è in intimo rapporto (Pende) con l'abito morfologico normale.

Lo squilibrio statico addominale. — Uno squilibrio statico addominale può prodursi per diverse cause, e non solo di ordine meccanico. Anzitutto, per alterazioni del sistema nervoso e modificazioni dell'equilibrio endocrino-simpatico, senza però che ciò autorizzi, secondo l'O., a formulare una teoria nervosa o endocrino-simpatica della splancnoptosi. Lo squilibrio nervoso o endocrino-simpatico influisce sulla gravità e l'estensione della ptosi, come questa a sua volta influisce su quello: ma non è dimostrabile che esso sia la causa determinante della splancnoptosi.

L'O. discute poi a lungo la teoria dell'astenia generale congenita (Stiller), rileva la frequenza della splancnoptosi nei longilinei (De Giovanni, Viola), dolicoscheletrici (A. Ferrannini), e conclude che l'astenia, congenita od acquisita, intesa come speciale debolezza dei tessuti in genere, dei tessuti osseo, connettivo, muscolare in ispecie, non può essere considerata a sua volta che come causa predisponente.

L'O. mette poi in evidenza *alcune alterazioni morfologiche congenite* che possono assumere notevole importanza nell'eziologia e patogenesi della splancnoptosi (cieco mobile, colon ascendente mobile, megacolon, ecc.).

Importanza di prim'ordine ha, nella splancnoptosi, *la deficenza della muscolatura addominale;* ma la *teoria parietale,* che considera come causa efficiente il rilasciamento della parete addominale, non è applicabile a tutti i casi. Ad ogni modo, tutte le cause che modificano le condizioni anatomiche dei muscoli della parete addominale — e che l'O. enumera — *possono diventare* causa di splancnoptosi. Esse hanno valore di determinanti la ptosi solo se entrano in giuoco le cause predisponenti sopraelencate.

Quanto poi alle alterazioni dei mezzi diretti di fissità, hanno importanza essenzialmente nel determinare le ptosi parziali e il grado di ptosi dei singoli visceri nelle splancnoptosi generali.

Lo squilibrio funzionale nelle ptosi. — Fra ptosi anatomicamente considerate e quadro clinico può non esservi alcuna rispondenza; la rottura dell'equilibrio statico non significa necessariamente rottura dell'equilibrio funzionale. Se però sono superati i limiti di adattabilità alle nuove condizioni, intervengono la stasi sanguigna ed alimentare e gli stiramenti eccessivi sui peduncoli nervoso-vascolari, e a poco a poco si rende manifesta la sindrome clinica. Quando insorgono i segni clinici di detto squilibrio (con disturbi che posson essere nervosi, dispeptici, di nutrizione), si deve ammettere che questo dipenda in un gran numero di casi dalla deviazione morfologica viscerale.

La splancnoptosi generale. — L'O. descrive i sintomi subbiettivi ed obbiettivi della splancnoptosi generale, soffermandosi a discutere la genesi del dolore spontaneo e provocato e diverse particolarità dell'esame obbiettivo. Per gli scopi della diagnosi, dà valore al complesso dei sintomi; per gli scopi di fissare le indicazioni all'intervento, afferma che bisogna valutare l'importanza delle cause predisponenti, la qualità e il modo di applicazione delle cure mediche fatte, l'esistenza e la qualità dei disturbi di canalizzazione piloro-duodenale e intestinale, l'importanza che nella sindrome assume la ptosi di altri organi, sopratutto del rene e del fegato.

Nella cura della splancnoptosi, il campo riservato alla chirurgia è notevolmente ristretto.

La gastroptosi e la duodenoptosi. — Descritti i vari tipi di stomaco che anatomicamente e radiologicamente possono considerarsi normali, l'O. distingue la *gastroptosi totale* e la *gastroptosi parziale;* il duodeno partecipa quasi costantemente all'abbassamento, con formazione di stenosi duodenale di posizione nell'angolo epatico (A. Ferrannini), e secondaria gastroduodenectasia. Ritiene che di fronte ai due fatti, gastrectasia e ptosi, non si abbiano argomenti diretti che possano far ammettere la primitività dell'una piuttosto che dell'altra, ma possano servire esclusivamente dati indiretti ed approssimativi.

L'O. descrive quindi alcune modalità e conseguenze della duodenoptosi parziale, e specialmente i reperti di dilatazione del coledoco, estensibile al cistico ed anche alla cistifellea, e di stenosi sottovateriana; accenna alla possibilità di duodenoptosi totale.

La gastroptosi può rimanere latente, ma dà luogo a sintomi diretti, che l'O. analizza, per il ma-

nifestarsi di uno scompenso funzionale, che può essere di origine meccanica o no. Finchè è compensata, la gastroptosi non esige nessun trattamento; in periodo di scompenso, l'indicazione ad un intervento chirurgico non può provenire che dalla constatazione di un disturbo funzionale paragonabile a quello di una stenosi pilorica o duodenale, o di una progressiva cachessia per impossibilità della alimentazione gastrica. L'intervento è sempre indicato nelle ptosi secondarie a stenosi organiche del piloro.

L'ileoptosi. — L'O. rileva le difficoltà di scoprire clinicamente l'ileoptosi e l'importanza della constatazione radiologica della stasi ileale. Analizza in seguito le conseguenze possibili dell'ileoptosi:

a) stenosi del duodeno fra terza e quarta porzione per compressione della radice mesenterica, e stenosi arterio-mesocolica del duodeno;

b) stenosi di posizione dell'angolo duodeno-digiunale, ammessa come frequente dalla Scuola del Lane, ma che bisogna essere cauti ad affermare;

c) stenosi di posizione dell'ultima ansa dell'ileo, di patogenesi non sempre unica. Anche qui, inginocchiamento dell'ultima ansa dell'ileo non significa necessariamente stasi intestinale per ostacolato circolo fecale: tuttavia, per l'associazione di ptosi e di aderenze può svilupparsi il quadro delle stenosi ileo-coliche di posizione, sintomatico di affezioni anatomo-patologicamente diverse tra loro (Donati e Alzona).

Le ptosi del colon. — Anche la colonptosi non è necessariamente legata alla presenza di sintomi morbosi, perchè la ptosi può non accompagnarsi ad inginocchiamenti patologici e la forza di contrazione muscolare può essere sufficiente a compensare eventuali ostacoli meccanici.

Le *ptosi dell'ascendente e del trasverso* sono da considerare insieme, perchè entrambe legate alla caduta dell'angolo destro del colon; di questa ptosi sono analizzate tutte le diverse eventualità, fino ad un certo punto diagnosticabili con l'esame radiologico. Spesso un altro fattore, le aderenze, viene a complicare la ptosi, e sopratutto a renderla fissa.

Dopo un cenno alla *ptosi del colon discendente e del colon iliaco,* l'O. studia accuratamente i *disturbi funzionali nelle colonptosi,* argomento della massima importanza. Egli ammette che nelle ptosi pure possano a poco a poco costituirsi delle speciali leggi fisio-patologiche, per le quali, se altre condizioni non intervengono, si ha un rendimento funzionale buono od anche ottimo; perciò in un primo periodo vi è compenso funzionale alle alterazioni di forma e posizione, compenso che può avvenire anche nel caso che il vizio di posizione sia connesso fin dapprincipio con alterazioni più o meno estese della fisiologica contrattilità intestinale. In un secondo periodo si svolgono le alterazioni anatomiche e iniziano i primi disturbi funzionali conseguenti; l'O. dimostra come l'iniziale compenso venga turbato ed alla fine rotto. Infine, si passa insensibilmente al terzo periodo, nel quale più trovano indicazione i mezzi terapeutici chirurgici, qualora nella sindrome acquistino prevalenza, come accade di frequente, i disturbi da ostacolo meccanico; tuttavia, la sindrome di stenosi di posizione, generalmente coi caratteri delle stenosi ileo-coliche di posizione, non è legata necessariamente all'esistenza dell'ostacolo meccanico, e bisogna che di questo sia data la dimostrazione, perchè siano fissate le indicazioni all'intervento chirurgico.

L'O. riferisce infine la sintomatologia generale e discute la diagnosi delle stenosi ileo-coliche di posizione, come quelle che possono servire da paradigma e hanno maggiore interesse per il chirurgo; i dolori, i disturbi gastrici, la costipazione, la sensibilità o dolorabilità alla pressione, il meteorismo cecale o cieco-colico, la stasi cieco-colica radiologicamente rilevabile, le ptosi viscerali associate in vario modo, lo scadimento di forze, il deperimento, le turbe psichiche sono gli elementi del quadro clinico. E discutendo le indicazioni all'intervento chirurgico, conclude che esse restano limitate quasi esclusivamente ai casi nei quali può essere affermata una stenosi, cioè un ostacolo meccanico, conseguentemente a ptosi parziale o totale del colon. Anche così, però, il problema chirurgico non è semplice, per la frequente concomitanza di ptosi di altri visceri, per le possibili complicazioni con altri processi morbosi, per il frequente associarsi di disturbi nella sfera del sistema nervoso, che potrebbero non essere gran che influenzati dall'intervento. Ad ogni modo, se vi è ostacolo meccanico, molte circostanze si troveranno riunite a consigliare l'atto operativo: gravità del quadro clinico, alto grado di deviazione di posizione e turbe funzionali facilmente accertabili, con crisi di più accentuata stenosi (pseudo-occlusione), eventualmente constatazione di processi infiammatori pregressi, ecc. L'esperienza dimostra che certe sindromi apparentemente concomitanti possono invece essere conseguenti all'alterazione di posizione, giacchè scompaiono correggendo questo vizio, riparando all'ostacolo meccanico; l'esperienza dimostra anche che migliorando la funzione gravemente lesa di un segmento intestinale, tutto il funzionamento gastro-intestinale può favorevolmente risentirsi.

E ciò conforta, poichè è possibile sperare buone guarigioni in una affezione i cui sintomi non sempre scompaiono col porre rimedio ad alterate condizioni di ordine meccanico.

II. — Sulle pessie del tubo gastro-enterico.

Prof. PARLAVECCHIO, Palermo (relatore).

Questa relazione, sunto parziale di una monografia completa di prossima pubblicazione, consta di due parti: la 1ª riguardante le Pessie in genere, la 2ª le Pessie in ispecie. Nella 1ª il R. riassume i suoi recenti lavori riguardanti le basi razionali della Chirurgia Ortotetica Viscerale. In essi egli ha affermato che le pessie non possono più oltre venire considerate soltanto dal punto di vista statico, ma, e specialmente, da quello dinamico, e che bisogna considerare come canone fon-

damentale che le migliori pessie son quelle che ripristinano la posizione normale dell'organo rispettandone scrupolosamente la libertà funzionale, e cioè quelle che prendono a modello l'ortotesi naturale.

Partendo da questo concetto basilare, il R. intraprese uno studio generale, non ancor fatto, sui mezzi di fissità usati dalla natura, mezzi considerati non solo dal punto di vista statico, ma altresì da quello dinamico, funzionale. Egli distinse questi mezzi in 2 grandi categorie: *mezzi indiretti* (pressione endocavitaria, ermeticità e reciprocità dei contatti dei visceri, efficienza numerica di questi, tonicità delle pareti cavitarie, ecc.); e *mezzi diretti,* mediati ed immediati (che fissano cioè il viscere mediante legamenti, peduncoli, ecc., o direttamente).

La categoria dei *mezzi diretti* venne da lui suddivisa in 4 specie:

1° *m. di sospensione,* che attirano l'organo in alto (mesenteri, legamenti, peduncoli vascolo-escretori); 2° *m. di sostegno,* che sospingono il viscere dal basso o lo accollano contro una parete (terete epatico, cuscinetti grassosi, borse, ponti di peritoneo, spinta idro-aereostatica esercitata dalla massa intestinale e dalla camera d'aria di alcuni visceri cavi, ecc.); 3° *m. di costrizione* degli orifizi ed *angoli* delle parti distali dei canali escretori (sfinteri, valvole, angoli più o meno aperti retto-anali, utero-vaginali, vescico-uretrali); 4° *m. di adesione periferica.* La efficienza statica di queste 4 specie di mezzi degrada da quelli di sospensione a quelli di adesione, e così pure la libertà funzionale da essi consentita agli organi, prestandovisi più di tutti quelli di sospensione, i quali sono dalla natura usati per l'ortotesi degli organi che han bisogno di cambiar forma, volume e posizione. Importante è la determinazione del *centro di gravità* dei visceri, sinora non studiato, il quale permette di fissare *l'asse di gravità,* la cui scomposizione, mediante il parallelogrammo delle forze, indica i punti in cui l'applicazione dei mezzi artificiali di fissazione dà il migliore ed il maggiore rendimento statico-dinamico. In organi come il ventricolo occorre, oltre al baricentro, determinare il metacentro, avendo la statica di esso dei punti di contatto con quella dei galleggianti acquei ed aerei.

Egli ha messo inoltre in rilievo il modo di fissazione peculiare delle porzioni più svasate del tubo gastro-enterico (stomaco, cieco), studiando il significato fisiologico e protettivo della massima libertà della loro parte larga in contrapposto colla fissità dei loro due estremi. Altro punto degno di nota è lo studio del significato ortotetico delle curve più o meno angolari delle parti distali dei tubi mucosi escretori in rapporto all'angolo che il loro asse di gravità fa con quello dell'asse di sospingimento del torchio addominale, angolo che permette alle porzioni superiori di gomitarsi sulle inferiori, anzichè di prolassarsi attraverso queste.

Essendo impossibile riassumere la ricca e promettente messe di acquisizioni fisiologiche fruttata da questo studio fatto da un punto di vista nuovo, ci contenteremo di riassumere i *postulati terapeutici* generali da esso ricavati dal R.:

1. — La efficienza ortotetica di tutti i mezzi incruenti, diretti ed indiretti, è aleatoria: essa è per lo più inefficace, e, nei rari casi in cui giova, il benefico effetto dura di solito quanto l'applicazione del mezzo che lo produce.

2. — La efficacia statica dei mezzi cruenti, diretti ed indiretti, è in generale maggiore, ma essa varia quantitativamente da categoria a categoria come segue.

3. — La capacità ortotetica dei mezzi indiretti è complementare.

4. — La capacità fissatrice dei mezzi diretti degrada da quelli di sospensione a quelli di sostegno, di costrizione sfinterica e di adesione.

5. — L'impiego combinato di più mezzi della stessa o di diverse specie dà un rendimento statico complessivo superiore a quello della somma dei vari mezzi impiegati.

6. — La efficienza dei mezzi di fissazione deve essere proporzionata al peso del viscere da sostenere; per i più pesanti sono da preferire i mezzi di sospensione e di sostegno, specie se non unici e se opportunamente combinati tra di loro o con mezzi di altra specie.

7. — La libertà funzionale, consentita ai visceri dai mezzi di fissazione, degrada parimenti da quelli di sospensione a quelli di sostegno, di costrizione e di adesione.

8. — I mezzi di sospensione sono i più validi e quelli che consentono la massima libertà funzionale, perchè la loro inserzione lineare permette agli organi di cambiar forma, volume e posizione.

9. — I mezzi di adesione sono i meno validi ed i più limitanti, permettendo bensì cambiamenti di forma e di volume, ma soltanto minimi cambiamenti di posizione.

10. — I mezzi di sostegno e di costrizione sfinterica occupano un posto intermedio tra i due precedenti, sia come efficienza statica, che come rispetto alla libertà funzionale.

11. — La resistenza dei mezzi di fissazione è in ragion diretta della loro robustezza e della larghezza del loro impianto; ed in ragione inversa della loro lunghezza.

12. — Nella fissazione di *organi che han bisogno di cambiar forma, volume e posizione* (stomaco e tratti liberi dell'intestino) non possono essere impiegati che mezzi di sospensione, essendo incompatibili colla loro libertà funzionale gli altri mezzi, e specialmente gli adesivi.

13. — Nella fissazione di *organi che han bisogno di cambiar forma e volume,* ma non posizione (tratti fissi dell'intestino, retto perineale ed ano) possson venire impiegati mezzi statici di tutte le specie, combinati tra di loro in maniera analoga alla naturale.

14. — I mezzi ortotetici operatori esplicano la loro azione terapeutica sia col creare delle fissazioni artificiali più o meno stabili, sia e specialmente col sottrarre i mezzi statici naturali alle anormali trazioni debilitanti, col metterli in salutare riposo ed in opportuna posizione e perciò stes-

so in grado di rinsaldarsi e di conservare l'ortotesi ristabilita del viscere.

15. — Se le pessie vengono praticate con mezzi riassorbibili, la ricuperata ortotesi resterà in avvenire affidata in massima parte od esclusivamente ai mezzi statici naturali rinsaldati; se invece le pessie vengono praticate con fili non riassorbibili e specialmente con legamenti o cuscinetti, aponevrotici o grassosi, vivi o vitali, questi permangono a continuo sussidio dei mezzi naturali ricostituiti.

16. — Nel praticare le pessie si deve accuratamente evitare, dentro i limiti del possibile, di danneggiare i mezzi statici naturali; dal rinsaldamento dei quali dipende in tutto od in gran parte la guarigione stabile della ptosi.

17. — Si debbono preferire i mezzi artificiali fissatori non permanenti e, quando non si può, le plastiche dei naturali, in tutti i casi in cui questi ultimi non sono troppo alterati od ipoplasici, e si può quindi fare sicuro affidamento sulla loro *restitutio ad integrum*.

18. — Si debbono invece preferire i mezzi artificiali fissatori permanenti, e specialmente quelli vivi o vitabili, tutte le volte che non si può contare sul ripristino della efficienza dei naturali.

19. — Per praticare una buona pessia non è necessario tentare di rinforzare o di sostituire tutti i mezzi statici naturali, ma basta contentarsi dello stretto necessario per mantener l'organo ptosico in posizione normale e per mettere in riposo salutare il resto del suo apparecchio ortotetico; ciò basterà a rinvigorire quest'ultimo ed a completare così l'opera del terapista.

20. — La cura delle ptosi viscerali si deve ispirare a concetti rigorosamente etiocratici, mirando a sopprimere, quando può, le cause che produssero la lussazione del viscere, od a sostituire con ligamenti artificiali aponevrotici, vivi o vitabili, quelli congenitamente ipoplasici.

Dopo lo studio dei *mezzi naturali*, il R. fa quello dei *mezzi artificiali*, indiretti e diretti, cruenti ed incruenti, classificati allo stesso modo dei primi; e poi lo studio dei *metodi operatori* che utilizzano a preferenza una o più delle dette specie di mezzi. Si ferma a considerare la capacità dei vari mezzi a rimuovere le cause patogene, il loro meccanismo d'azione ed il loro divenire.

Studia quindi in due altri capitoli la cura degli eventuali danni subiti dall'organo ptosico e quella dei danni prodotti dalla ptosi su altri organi vicini o lontani, soffermandosi sulla interessante questione della importanza della ptosi nella produzione, e delle pessie nella cura dei disturbi nervosi simpatici, endocrino-simpatici e cerebro-spinali.

Nella parte speciale tratta in capitoli separati la cura delle distesie (come egli chiama con parola generica tutte le alterazioni di posizione) e specialmente delle ptosi del Ventricolo e del Piloro, del Cieco, del Colon Ascendente e dell'Angolo epatico di esso; del Colon Discendente e dell'Angolo Splenico; del Colon Trasverso; del Colon Ileo-Pelvico; del Retto-Ano.

In ciascuno di questi capitoli espone successivamente le caratteristiche dell'ortotesi naturale e della artificiale, deducendone i relativi postulati terapeutici; tutti i metodi indiretti e diretti di pessie, i loro risultati clinici e relativo apprezzamento; la cura delle eventuali lesioni prodotte dalla ptosi sullo stesso organo e su altri organi vicini o lontani.

La relazione succinta, ma completa, comprende parecchi metodi operatori introdotti dal R. e corredati dai risultati sperimentali e clinici con essi ottenuti dal Parlavecchio stesso e dalla sua Scuola.

Discussione sulle relazioni: " Cura delle ptosi viscerali „ e comunicazioni su argomenti affini.

MORELLI (Pavia). — È d'accordo con Donati nell'opinione che la ptosi non è una malattia, ma lo può diventare. È favorevole all'intervento chirurgico tardivo, poichè le ptosi possono essere per lungo tempo compensate. La ptosi può essere ipertonica o atonica; meccanica e costituzionale; quest'ultima assai più grave (ptosi delle vergini).

Ammette che il polmone abbia grande importanza nella statica viscerale. Avrebbe importanza anche la massa gasssosa intestinale

Per ciò che riguarda la cura è necessario studiare prima, con il controllo dei raggi X, il grado di correggibilità della ptosi.

MONTANARI E. *Sintesi patogenetica delle ptosi viscerali.* — I coefficienti patogenetici sono l'uno meccanico, l'altro trofico. Al coefficiente meccanico appartiene l'elemento costituzionale. Questo ha grande importanza nella ptosi renale, sulla quale l'O. s'intrattiene. Al coefficiente meccanico appartengono anche altre cause endogene (tumori, raccolte di liquidi, gravidanza) ed esogene (busto, lacci, traumi). Anche il fattore sforzo ha importanza.

Al tessuto muscolare spetta l'ufficio principale nella statica dei visceri: l'insufficienza muscolare può essere congenita e acquisita. Il connettivo compie un'azione vicariante, ma insufficiente. I mezzi di sospensione hanno sopratutto l'ufficio di controllare i rapporti tra i vari organi. Terapia: impiegare il tessuto muscolare nella fissazione dei visceri.

VIGNOLO. *Considerazioni sulla gastroptosi.* — Lo stato della secrezione e della motilità gastrica ha importanza nel giudizio della gravità delle gastroptosi. Di solito si ha ipocloridria, e variabile comportamento della evacuazione gastrica; talora un alternarsi tra evacuazione rapida e lenta.

L'O. ha eseguito anche importanti osservazioni anatomo-patologiche in casi di gastroptosi, sullo stomaco stesso e rispetto ad altri visceri. Ha osservato anche alterazioni flogistiche periviscerali. I gastroptosici di antica data sarebbero degli ipocloridrici. La funzione pilorica verrebbe a mancare in un primo tempo; l'ostacolo al vuotamento viene poi dallo spostamento gastrico.

SCHIASSI. *Sul trattamento di elezione nella gastro-ptosi-ectasia idiopatica.* — Crede che nella gastroptosi la migliore operazione sia la plicatio, congiunta alla gastro-enterostomia, e descrive alcuni

dettagli di tecnica che in questi ultimi tre anni gli hanno dato risultati buoni.

Cappelli. *Ptosi duodenale.* — In casi di discesa del piloro e della parte iniziale del duodeno si possono avere angolazioni dei dotti biliari. L'O. ha utilizzato in tali casi, come mezzo di sospensione, il legamento rotondo, con buoni risultati.

Crosti. *Risultati remoti della colopessi in seguito a ptosi.* — Ha avuto nelle donne buoni risultati dalla fissazione degli angoli colici. In questi ultimi tempi ha eseguito anche la plastica della parete addominale, ottenendone risultati soddisfacenti.

Fasano. *Dell'epatoptosi in rapporto alla ptosi dello stomaco e dell'intestino.* — In 4 casi operati dall'O. di epatopessia ha avuto la scomparsa dei sintomi morbosi. Recentemente ne ha operati altri 5 casi. La ptosi epatica sarebbe quindi primitiva, quella gastrica e intestinale secondaria.

Solieri. *Sindrome di colica epatica in caso di ptosi del colon trasverso.* — L'O. ricorda due casi in cui la sindrome era dovuta e stiramento sulla cistifellea da parte del legamento freno-colico. Ebbe guarigione con la colicistectomia.

Donati. *Terapia chirurgica in alcuni casi di splancnoptosi, con speciale riguardo alla terapia delle stenosi di posizione piloro-duodenale e ileocoliche.* — Come Schiassi anche l'O. ha usato la gastro-enterostomia, ma specialmente nei casi in cui il piloro era ristretto. Vi ha asssociato però anche, e con successo, la gastroplicatio secondo Rovsing.

La gastropessi da sola può non essere sufficiente; e allora egli ha associato la epato-pessi del lobo sinistro del fegato, servendosi del legamento rotondo.

Nelle stenosi di posizione dell'angolo destro del colon, l'O. è stato parco nelle pessie.

Giordano. — Richiama l'attenzione su tre casi di gastro-ptosi in cui il sintoma dominante era la disfagia. In due casi ha fatto la gostro-enterostomia con buon risultato.

Paolucci. *Esperienze sullo shock traumatico.* — Ricorda le idee di Quénu sullo shock, che egli crede di natura tossica. Ha fatto parecchie esperienze su cavie e conigli.

Conclude per la natura tossica dello shock ottenuto col pestamento dei muscoli degli animali. La semplice legatura degli arti durata per qualche ora può condurre pure a morte forse per immissione in circolo di veleni.

Seduta antimeridiana del 26 *ottobre* 1921.

In principio di seduta viene approvata la proposta di Lusena per l'istituzione di una lega contro il cancro.

Seguito della discussione sulla relazione: «Cura delle ptosi viscerali».

Bastianelli. — S'intrattiene sulla gastroptosi. Lascia da parte le lesioni che accompagnano le gastroptosi, ma che non ne dipendono. Parla della gastroptosi pura. Nella maggior parte dei casi si tratta non di vera gastroptosi, ma di allungamento dello stomaco. Questo allungamento, che si trova nelle donne longitipo, è forse un'alterazione congenita. Non crede esatta la divisione in ptosi virginea e materna. La gravidanza favorisce certamente la ptosi per un rilasciamento della parete addominale, e per perturbamenti di ordine nervoso.

Crede che la gastroptosi deve sempre essere considerata come una malattia, anche se talora non dà sintomi, poichè lo stato anatomico, l'allungamento dello stomaco, esiste, anche se non dà sintomi.

La sensibilità alterata dello stomaco, il dolore, è uno dei sintomi principali della gastroptosi. Questo sintoma dipende probabilmente da un perturbamento funzionale-nervoso dello stomaco.

L'O. non crede si debba parlare di scompenso nei casi di gastroptosi.

Le donne gastroptosiche sono di solito anche psicopatiche. In queste persone divenute psicopatiche la funzione gastrica diventa, si può dire, coscente e si compie male. Il fatto della ptosi non è che un episodio della malattia generale nervosa, il fatto meccanico ha solo scarsa importanza.

L'intervento chirurgico agisce di solito più per suggestione che per altro, o anche perchè l'organo fissato, muovendosi meno, invia un minor numero d'impulsi sentitivi.

Non crede che la gastroenterostomia sia utile nella gastroptosi. Come cura razionale consiglia, nei casi gravi, la resezione gastrica.

Taddei. — L'O. parla della cura ortopedica della gastroptosi, che oggi è irrazionale. L'applicazione della ventriera deve esser fatta sotto il controllo radioscopico.

Vignolo. — Insiste sulla solidarietà nella ptosi fra segmento pilorico e duodenale. Nell'intervento per ptosi-piloro-duodenale bisogna tener conto del fattore meccanico. È favorevole alla gastroenterostomia nella cura della gastroptosi. Sarebbe bene aggiungervi una entero-entero-anastomosi.

Pascale. — Osserva che alcuni casi di ptosi viscerale non sono che malformazioni congenite. Importante per la ptosi è la considerazione della muscolatura propria dell'intestino e del suo tono. Crede che nella patogenesi della ptosi abbiano grande importanza le alterazioni delle ghiandole endocrine.

Morelli. — Insiste nella distinzione delle ptosi in quelle a esponente meccanico e in quelle ad esponente costituzionale o nervoso. Il dire però che esiste una ptosi ad esponente nervoso, non esclude il fattore meccanico. L'O. è d'accordo con Taddei sulla necessità di osservazione radiologica per determinare il grado di correggibilità della ptosi e sulla applicazione delle fasce ortopediche (non elastiche).

Risposta del relatore:

Parlavecchio. — Per ciò che riguarda i rapporti fra sistema nervoso e ptosi, l'O. crede che esistano degli individui in cui i fatti nervosi succedono alla ptosi. Ciò può dipendere da che i visceri ptosici stirano i legamenti ed esercitano compressioni: ora la pessia agisce facendo una vera neuroxi delle

ramificazioni nervose contenute in essi, e conduce alla guarigione.

Alterazioni nervose preesistenti predispongono alla ptosi, e viceversa la ptosi predispone alle alterazioni d'indole nervosa.

Esistono ptosi (per esempio gastroptosi) che col tempo si accompagnano ad alterazioni flogistiche (peripilorite) o di altra natura.

Crede si debba ricorrere alla gastro-enterostomia quando con altri metodi non si riesce a ristabilire la funzione gastrica. Non stima necessario aggiungere alla gastro-enterostomia la gastroplicatio.

Descrive il suo metodo operatorio di gastropessia; consiglia anche di fissare il fegato.

Per ciò che concerne la ptosi del colon, l'O. fissa l'angolo colico, ricorrendo alla riformazione dei due legamenti naturali (epatocolico e frenocolico). Per ciò che riguarda le ventriere egli è favorevole a quelle elastiche. Alcuni ammalati non sopportano le ventriere e si tratta d'individui con lesioni delle vie biliari.

Tubercolosi renale.

Relazione del Prof. MAROGNA (Genova).

È concorde il parere che la tubercolosi renale ha una evoluzione lenta ma fatale, che è più spesso unilaterale, che quando un rene è malato l'altro subisce i danni delle tossine che si formano nel focolaio opposto e che presto o tardi esso pure si infetta di tubercolosi o per via ematogena o per via canalicolare, che i casi di guarigione per sclerosi sono rari nella fase iniziale e rarissimi nel periodo di stato (lasciando da parte i casi di esclusione renale per obliterazione delle vie escretrici e di trasformazione cretacea; guarigioni più apparenti che reali), da ciò la incontrastata opinione che l'unica cura efficace di essa sia la nefrectomia.

Non tutti i chirurghi sono però interventionisti o lo sono in grado minore o maggiore; alcuni operano in qualunque stadio della malattia anche nella più iniziale, e quando pochi ed insufficienti segni soccorrono la diagnosi, altri reputano utile l'intervento solo quando il male dia chiari segni, altri infine si limitano a cure specifiche mediche, come per la tubercolosi polmonare.

Si usarono varie tubercoline e sieri e filtrati bacillari. I casi pubblicati di guarigione con l'uso di uno qualunque di questi prodotti non sono molti e fra tutti solo un caso di Karo regge alla critica, gli altri o finirono nelle mani del chirurgo o si dimostrarono guariti solo per poco tempo. Nel solo caso di Karo si trovò ciò che si domanda per ammettere la guarigione, cioè, *assenza di tutti i sintomi morbosi, urinarii e generali, scomparsa dei bacilli dalle urine controllati con l'inoculazione, persistenza della funzione attestata dal cateterismo ureterale*. La nefrectomia, quindi, rimane oggi il solo metodo di cura della tubercolosi renale. Ma se è semplice nefrectomizzare nelle forme chiare, è sempre viva la discussione se e quando si debba intervenire nelle forme così dette iniziali o ritenute tali che più domandano accorgimento di giudizio. Quando possiamo affermare che una forma è iniziale? Non sempre, perchè tutti sappiamo come a lievi sintomi vescicali riflessi in individui nei quali si sospetta la tubercolosi renale succedano sintomi tumultuarii di tubercolosi avanzata mantenutasi latente fino a quel momento, e come, viceversa, in casi con manifestazioni gravi della vescica si trovino alterazioni anatomo-patologiche renali non avanzate. Tutti gli errori sono possibili anche per il più accorto e diligente investigatore. All'errore ci può esporre il fatto che qualche volta anche i segni ritenuti più sicuri sono fallaci e quindi è necessario valersi solo di più segni quando è possibile averli. Alcuni ritengono di poter fare diagnosi di forma iniziale o per il solo reperto positivo del bacillo di Koch nell'urina separata o per l'unione di esso con gradi minimi di piuria e di diminuito potere funzionale.

Ampiamente nella relazione abbiamo detto come per le osservazioni da noi fatte ed ulteriormente confermate da altri la bacilluria tubercolare nei tisici sia un fatto constatato. Se tale bacilluria si ammette deve pure ritenersi che il semplice reperto positivo del bacillo non può farci concludere per una diagnosi di tubercolosi chirurgica, come un reperto negativo non può infirmare una diagnosi fondata su altri segni clinici.

Crediamo esatti i corollarii di Jossuet, che *la bacilluria semplice si può osservare nelle forme acute, subacute e croniche; che la bacilluria semplice suppone l'esistenza di una bacillemia in attività; che la bacilluria, quantunque semplice, si accompagna nella immensa maggioranza dei casi con una leggera albuminuria*.

Occorre dunque che il reperto positivo del bacillo di Koch sia unito ad altri segni. La *piuria*, anche microscopica, rappresenta il migliore di questi per quanto anche in tale caso si possa cadere in errore. Non è oziosa la discussione sul tipo di piuria che depone per una alterazione tubercolare chirurgica sapendo che altre forme infiammatorie semplici possono dare presenza di leucociti.

Noi riteniamo che basti che il reperto sia costante in numerosi esami, che si trovino in tutti i campi più o meno numerosi e disposti a placche.

La inoculazione delle urine negli animali sulla diagnosi anche se non abbiano un valore assoluto. Abbiamo detto come il reperto di Colombino ci sembri degno di considerazione. Piuria e bacillo di Koch associati, anche in assenza di altri segni cistoscopici potranno metterci sulla via della diagnosi, ma non dovranno disgiungersi dalla ricerca di altri dati che meglio potranno convalidare la diagnosi anche se non abbiano un valore assoluto.

La inoculazione delle urine negli animali sulla quale da molti si fa un assegnamento eccessivo non contradice la diagnosi se è negativa: tutti hanno potuto osservare casi di tubercolosi renale iniziale ed al periodo di stato, e con reperto positivo del bacillo, nei quali la inoculazione fu negativa per quanto ripetuta e fatta con i più varii procedimenti consigliati dagli autori.

L'affermazione, giusta in via generale, deve tener conto della possibile eliminazione unilaterale di bacilli. La prova dell'antigene di Debre e Paraf, tenuta ancora in onore in Francia, è buona, ma passibile di errori per la difficoltà di avere sieri anticorpi di valore fisso e dosato.

La termoprecipitoreazione di Wiget-Ascoli avrà un'importanza eccezionale per stabilire una diagnosi di tubercolosi iniziale se si dimostrerà sicura. A parte il suo valore scientifico a noi non diede risultati sicuri e crediamo non sia destinata ad entrare nell'armamentario del medico pratico.

I. *Rene che secerne urina che tubercolizza la cavia con albuminuria o no, senza piuria micro- o macroscopica, urine chiare, non sintomi vescicali o lievi sintomi riflessi.* — Può trattarsi, in questi casi, o di una bacillare semplice o di una iniziale formazione di granulazioni grigie o di piccoli focolai miliari. Essendo impossibile stabilire il grado della lesione, che deve ritenersi minima, è meglio astenersi e tenere in osservazione il paziente praticando frequenti esami delle orine globali e separate. Secondo Albarran, Wildbolz, Legueu, Chevassu, Israel, un rene in queste condizioni sarebbe passibile di nefrectomia.

II. *Rene che secerne urina con bacilli di Koch, positiva alla inoculazione nella cavia, con albuminuria e piuria microscopica, urine chiare, non sintomi vescicali od alterazioni cistoscopiche. Valore funzionale uguale in un rene e nell'altro.* — In questo caso alcuni praticano senz'altro la nefrectomia, poichè la piuria indicherebbe che è cominciata la fase di dissolvimento delle granulazioni; secondo noi è il caso di attendere una più chiara determinazione della forma.

III. *Rene che secerne urina con bacilli di Koch, piuria ed ematuria microscopica, cistite con alterazioni anche minime dell'uretere corrispondente. Valore funzionale del rene colpito dimiunito.* — In questo caso è nettamente indicata la nefrectomia.

IV. *Rene di un lato certamente malato per presenza di bacilli di Koch, piuria macro- e microscopica; ematuria, sintomi vescicali e stato di cistite. Valore funzionale del rene malato diminuito. Nefrite non grave dell'altro rene.* — Nefrectomia.

V. *Rene di un lato gravemente malato. Rene dell'altro lato con gravi segni di nefrite e valore funzionale diminuito (albuminuria, cilindruria e cellule renali).* — Nefrectomia. È questo uno dei casi più discussi e nel quale può aver valore la costante di Ambard e la prova dell'azotemia per stabilire fino a qual segno quella nefrite grave è arrivata e quel rene potrà ulteriormente reggere alla epurazione di tutto l'organismo. Noi pensiamo che per grave che sia la nefrite del rene adelfo, scaricandolo dal peso di tossine del rene gravemente leso lo metteremo quasi sempre in condizione di lavorare meglio e di riprendersi. Purtroppo si hanno dei decessi, ma la valutazione dei riflessi renorenali e dei blocchi consecutivi alle operazioni va oltre la nostra competenza. Dalla nostra esperienza desumemmo che reni in stato di gravissima nefrite tossica, quasi non funzionanti più, si ripigliarono subito dopo la nefrectomia.

Abbiamo considerato i casi di tubercolosi iniziale e quelli di tubercolosi unilaterale al periodo di stato con nefrite del rene adelfo; veniamo ora a studiare i casi di tubercolosi bilaterale e tentiamo di classificarne le indicazioni chirurgiche. Mi pare utile seguire la divisione di Legueu e distinguere i casi nei quali fu potuto fare la cistoscopia ed il cateterismo ureterale da quelli nei quali non si potè.

I. *Reni malati con lesioni iniziali presumibilmente. Accertamento non sicuro del grado delle lesioni. Valore funzionale diminuito da un lato.* — Astensione.

II. *Reni entrambi malati. Reperto microscopico uguale. Alterazioni vescicali diffuse senza predominio dalle due parti. Valore funzionale uguale.* — Astensione, poichè nulla ci dice quale è il rene più leso ed anche una lombotomia esplorativa ci lascerebbe forse nel dubbio.

III. *Rene gravemente leso da un lato. Valore funzionale diminuito. Rene adelfo malato (presenza di bacilli, piuria microscopica). Valore funzionale buono.* — Nefrectomia. È questo il caso in cui l'operazione è più indicata e nel quale più si ha da sperare nel sollievo del rene adelfo.

IV. *Rene fortemente leso da un lato. Valore funzionale diminuito molto o nullo. Rene adelfo leso in grado non apprezzabile e con segni di nefrite. Valore funzionale diminuito.* — Nefrectomia.

V. *Rene pionefrotico da un lato, con febbre alta, da ritenzione, dolori. Rene adelfo leso con valore funzionale diminuito ma sufficiente.* — Nefrectomia. In questo caso l'indicazione è data dal rene pionefrotico.

VI. *Rene gravemente leso da un lato. Deficit funzionale assoluto. Rene grosso tubercolare con nefrite dall'altro lato. Deficit funzionale grave.* — Astensione.

VII. *Rene tubercolare distrutto, grosso, escluso. Rene adelfo in condizioni gravi con deficit funzionale grave od anche gravissimo.* — Nefrectomia. In questo caso l'intervento si riduce all'asportazione di una sacca di pus e da essa si può sperare un giovamento nelle condizioni del paziente.

I casi nei quali non fu potuto fare il cateterismo ureterale sono quelli che più mettono a dura prova il giudizio del chirurgo. Non rimane che fondare la diagnosi sulla cistoscopia se è possibile, sulla palpazione, sui sintomi clinici, sul risultato delle urine globali, sulla lombotomia esplorativa, sulla nefrotomia, sulla esclusione del rene o dell'uretere, ed anche sulla costante di Ambard. Molto frequentemente è possibile il giudizio dal rilievo dello stato dell'uretere, sia con lombotomia che senza. Non si può negare che sulla lombotomia però si fa da varii chirurghi troppa fidanza e che bene spesso è impossibile il giudizio anche dopo una accurata palpazione.

Effetti della nefrectomia. — Gli effetti benigni della nefrectomia sulle altre lesioni dell'organismo sono rapidi, specie sul rene adelfo; in genere le lesioni dell'uretere cicatrizzano rapidamente ed il moncone si trasforma in un tratto fibroso, ma qualche volta il miglioramento e la guarigione so-

no lenti; si ha la formazione di una fistola che si chiude e si riapre e che guarisce dopo lunghissimo tempo. Le lesioni vescicali domandano un tempo molto più lungo, qualche volta sono ribelli a qualunque cura; il miglioramento è tanto più rapido quanto più rapidamente si interviene. Le lesioni genitali pure migliorano o retrocedono dopo la nefrectomia come le vescicali, ma esse sono sempre un fattore di gravità che in genere perpetuano le lesioni vescicali e che gravitano col loro peso sui risultati operatorii della nefrectomia in quanto focolai indipendenti delle vie urinarie intossicano l'organismo. Le modificazioni dello stato generale sono sempre rapide e, secondo alcuni, migliorerebbero le lesioni polmonari poco estese. La resistenza dei nefrectomizzati alle malattie infettive, intossicazioni, anestetici, traumatismi chirurgici, gravidanze è dimostrata da numerose osservazioni, come è dimostrata la tolleranza della stessa operazione da parte delle gravide.

Nella mia relazione ho esposto quali siano i mezzi consigliati per trattare le cistiti ribelli e come si possa ovviare agli inconvenienti che sono dati dalla tardiva cicatrizzazione del moncone ureterale, nè starò a ripetere cose note.

Chiudo il sunto della mia relazione con le seguenti affermazioni:

1º Fra le teorie patogenetiche sulle vie di infezione del rene quella che raccoglie l'unanimità è la teoria ematogena. Essa è provata anatomicamente, sperimentalmente e clinicamente. La teoria ascendente od ureterogena è ammissibile solo per i casi di infezione secondaria della vescica da tubercolosi di un rene ed allorquando si ha ulcerazione e sclerosi dell'uretere corrispondente; l'infezione ascendente si ha allora per reflusso vescico-renale.

2º La tubercolosi vescicale primitiva è negata dai più, ed i casi pubblicati, per quanto siano frutto di seria osservazione, sono sempre passibili di critica. È ancora dubbia la questione se si possa avere una tubercolosi ascendente genito-ureterale per via linfatica o linfo-ematogena. La via linfatica di contiguità è rara; sperimentalmente non si ottenne.

La tubercolosi renale segue un processo evolutivo, lento ma fatale. Vi sono però casi di guarigione di forme iniziali ed ulcerative per sclerosi, ma rare.

3º Nella sintomatologia variissima della tubercolosi renale hanno un primo posto i sintomi vescicali, la piuria, l'ematuria, i dolori. Le forme iniziali sono diagnosticabili solo quando si ha piuria micro- o macroscopica con presenza del bacillo di Koch.

4º La cistoscopia ed il cateterismo ureterale sono i migliori mezzi di accertamento della tubercolosi renale.

5º La ricerca del bacillo è positiva nel 60 % dei casi. La presenza del bacillo per se stessa è un dato di probabilità, non di positività di tubercolosi renale chirurgica, poichè la bacilluria tubercolare è provata clinicamente e sperimentalmente.

6º La inoculazione delle urine negli animali può essere negativa anche in casi di tubercolosi sicura; la sua negatività non infirma la diagnosi quando altri segni concorrano a stabilirla. La prova dell'antigene, la termoprecipitoreazione di Wiget-Ascoli sono incerte e non pratiche.

7º Nel caso di cistoscopia e cateterismo impossibile si baserà la diagnosi sui sintomi clinici o si ricorrerà al cateterismo a vescica aperta, od alla nefroscopia lombare od alla esclusione renale col metodo di Marion.

8º La radiografia ha una parte importante nello studio della tubercolosi renale specie nei casi difficilmente diagnosticabili.

9º Fra i metodi di determinazione funzionale del rene quelli che più danno risultati attendibili sono, la crioscopia del sangue e delle urine, le prove della poliuria, dell'azotemia, del bleu di metile o della fenolsulfonaftaleina; della concentrazione ureica e della costante di Ambard. È bene detrarre il risultato dal paragone di queste prove, nessuna di esse avendo valore per se stessa. La costante di Ambard non può sostituirsi al cateterismo ureterale, ma deve associarsi ad esso.

10º Quando si pratica la nefrectomia bisogna asportare tutto il grasso perirenale. Non vi è un mezzo radicale di trattamento del moncone ureterale e di impedire gli incidenti consecutivi allo svolgersi della malattia nel moncone residuo.

Dopo nefrectomia la cistite guarisce in breve tempo se le lesioni non erano profonde; nel maggior numero dei casi permane per lungo tempo, guarisce molto tardi, qualche volta peggiora. Nei casi di cistite dolorosa grave trova una indicazione utile l'esclusione vescicale con nefrostomia.

11º Nelle operazioni sul rene per tubercolosi il miglior mezzo di anestesia è la rachidea con tropocaina o novocaina.

12º Cura iodica dopo nefrectomia.

Discussione sulla relazione:
"La tubercolosi renale" e comunicazioni affini.

NICOLICH. — Riferisce su tre interessanti casi di chirurgia renale.

BONANOME. — L'O. è intervenuto in 28 casi di tubercolosi renale bene studiati dal punto di vista funzionale. Egli si serve con vantaggio per l'esame funzionale della cromo-cistoscopia (servendosi dell'indaco-carminio) senza ricorrere al cateterismo ureterale. Se necessario aggiunge alla cromo-cistoscopia la costante di Ambard. Ricorre al cateterismo quando l'indaco non è eliminato nè da un lato nè dall'altro: studia in tal caso il modo di eliminazione della sulfo-fenolnaftaleina. È bene astenersi dal cateterismo nella tubercolosi renale, quando è possibile.

LASIO. — La sua esperienza si basa su 219 casi di tbc. renale studiati e operati. Ricorda i sintomi principali della tubercolosi renale e i mezzi diagnostici principali. In 108 casi esisteva il sintoma dolore. 7 individui avevano avuto vere coliche; il dolore colico coincideva con la esclusione del rene. Talora il dolore era controlaterale, o bilaterale.

Il rene era palpabile solo nel 25 % dei casi. L'ematuria è stata leggera. I disturbi vescicali molto frequenti. Non crede sempre pratica la iniezione nella cavia. Si serve della ricerca del bacillo di Koch (positiva nel 97 % dei casi), e della termoprecipitoreazione. La presenza del bacillo di Koch nell'urina non è patognomonica di tubercolosi renali; occorre vi sia associata piuria. Crede che la termoprecipitoreazione sia molto utile; si possono però avere delle pseudoreazioni. Nei casi di poca distendibilità della vescica egli fa un trattamento preliminare (olio gomerulato, instillazioni di $AgNo^3$).

JURA. *Contributo alla diagnosi della tubercolosi renale con la termoprecipitoreazione.* — Ha sperimentato in vari casi la reazione di Wiget-Ascoli, ottenendone risultati soddisfacenti per l'accertamento della diagnosi di tubercolosi renale. Ha grande importanza l'esattezza della tecnica.

Seduta pomeridiana del 26 *ottobre* 1921.

ROLANDO. — Per ciò che riguarda la inoculazione delle urine sospette, l'O. si serve sempre di due cavie, di cui una non va sacrificata prima di 4 settimane, e la seconda verso il 40° giorno. Nei casi in cui non sia possibile la cistoscopia, crede che non sia raccomandabile il cateterismo a vescica aperta. Egli preferisce di ricorrere alla lombotomia esplorativa, che permette l'esplorazione del rene e dell'uretere. Non crede che la coesistenza di una tubercolosi genitale controindichi la nefrectomia. Ricorre con vantaggio, come cura generale, a quella arsenicale.

UFFREDUZZI. — Nei casi di tubercolosi bilaterale sperimentale del rene, dopo nefrectomia il rene superstite tende a migliorare e a guarire. Questo fatto è confermato anche dalle osservazioni cliniche. È necessario però studiare se il rene superstite funziona bene; mentre importa meno sapere se esso è veramente malato di tubercolosi.

Crede che la cromocistoscopia sia superiore, per stabilire il valore funzionale del rene, al cateterismo ureterale.

TADDEI. — Riferisce su due casi interessanti di tubercolosi renale: uno con perinefrite e piccoli ascessi freddi, curato conservativamente; un altro con un piccolo focolaio in una papilla e lesioni di pielo-nefrite ematurica.

Nei casi di cistoscopia impossibile fa il cateterismo a vescica aperta e iniezione di carminio.

SCALONE. — In un caso di rene ptosico osservò tubercolosi che probabilmente era d'origine ascendente.

Parla poi delle perinefriti tubercolari, in cui i focolai del rene sono corticali; questa forma può volgere spontaneamente a guarigione. L'O. ne ha osservato due casi; non esisteva in essi nessun sintoma urinario.

TARDO. — Ha eseguito 245 esami funzionali del rene nella Clinica di Chevassu, servendosi della sulfofenolnaftaleina. È per l'O. il metodo migliore per giudicare il valore funzionale del rene. Inietta la sostanza colorante nelle vene.

ANZILLOTTI. — Crede che dopo nefrectomia per tubercolosi l'uretere debba essere asportato fino alla vescica, e ciò per togliere il focolaio ureterale tubercolare e per abbreviare la durata dei disturbi vescicali.

Il RELATORE risponde ai vari oratori. Difende il valore del cateterismo ureterale. La lombotomia non ci dà sempre dati sicuri sullo stato del rene. È favorevole all'uso della fenolftaleina nell'esame funzionale.

MAGRASSI. *Sopra due casi di invaginazione intestinale.* — Riferisce su due casi d'invaginazione intestinale a tipo subacuto, osservati in bambini e da lui operati.

CHIASSERINI. *Studio sperimentale sull'idrocefalo.* — L'O. ha potuto ottenere sperimentalmente nei cani l'idrocefalo acuto, ponendo dei piccoli batuffoli di garza nell'acquedotto di Silvio. Dimostra alcuni pezzi anatomici.

SIMEONI. *Ricerche sperimentali sulla esclusione dell'intestino.* — Esperienze eseguite sui cani: descrive un suo processo valvolare di ileo-colostomia.

Nella discussione intervengono CASCINO, PARLAVECCHIO, BURCI e CAUCCI.

ALESSIO. *La pneumaturia come sintoma precoce dei neoplasmi dell'intestino.* — Cita quattro casi di pneumaturia di individui affetti da tumore intestinale, passato inosservato.

MARGARUCCI O. *Sulle cisti non parassitarie del fegato.* — Riferisce su due casi personali di cisti non parassitarie del fegato; dalla letteratura ha potuto raccoglierne in tutto 50 casi. In uno dei suoi casi si trattava di una cisti solitaria molto voluminosa, che fu parzialmente escissa, e quindi marsupializzata. Si ebbe guarigione dopo molti mesi. La parete della cisti era formata di tessuto connettivo, di dotti biliari più o meno dilatati, e di residui di tessuto gastrico.

In un secondo caso osservò una degenerazione cistica del fegato. Si trattava nei due casi di cistoadenomi.

Prendono la parola su questa comunicazione BATTAGLIA e SCALONE; ad essi risponde esaurientemente l'O.

VERGA. *Tumore pulsante a tipo cortico-surrenale del muscolo quadricipite.* — Riferisce il caso di un tumore pulsante a carattere d'ipernefroma con sede nel muscolo quadricipite. Fa osservare che le metastasi d'ipernefroma nei muscoli sono rare. Non sa se si tratti di metastasi di un tumore surrenale (il malato dopo due anni sta bene), o di germi aberrati.

ZAPELLONI. — Ricorda d'aver descritto de' tumori delle ossa a struttura tiroidea e paratiroidea, che egli riferì alla presenza nelle ossa di germi aberrati.

ROSSI. *Ascesso epatico-dissenterico: operazione e cura con la emetina.* — Ne riferisce un caso osservato da Romagna.

SCALONE. — Fa osservare che con la semplice cura emetinica guarisce il 60 % di ascessi dissenterici.

PARLAVECCHIO. *Il drenaggio peritoneo-ipodermico permanente nella cura delle peritoniti tubercolari.* — Da 10 anni, oltre la laparotomia, impiega l'autosiero-terapia nelle peritoniti tubercolari. Prepara un fascetto di fili di seta sterilizzata. Prosciugato il cavo peritoneale, fa pescare nel peritoneo un estremo del ciuffo di fili; l'altro estremo lo passa nel sottocutaneo verso il basso. Ottiene guarigione nel 100 % dei casi. In due o tre casi il ciuffo dei fili s'è eliminato dopo 2-3 anni.

ANDREI. *Osservazioni sulla patogenesi dello pseudo-mixoma peritoneale di origine appendicolare.* — Lo pseudo-mixoma peritonei dipende dalla flogosi appendicolare e dalla perforazione, nonchè dall'accumulo di muco, dipendente dalla ipersecrezione delle ghiandole mucose dell'appendice.

NIOSI. *Sifilide renale a forma neoplastica.* — Si trattava di una donna che dopo un aborto cominciò ad avere dolori nell'ipocondrio sinistro, poi una tumefazione. Nella Clinica Chirurgica di Pisa con diagnosi di tumore renale fu operata dal professor Ceci. L'esame istologico del pezzo dimostrò trattarsi di una tumefazione flogistica di natura luetica gommosa. Casi come questo sono molto rari. L'O. ne ha potuto raccogliere solo 4.

CIMINO. *Tumori infiammatorii della vescica.* — Intervenne in un caso col sospetto di un tumore della vescica; si trattava invece di un ascesso davanti alla parete anteriore della vescica stessa. L'O. ne ha osservati altri sei casi. Li distingue in tumori infiammatorii parietali e cavitari. Quelli parietali sono a carico della parete anteriore, quelli cavitari sorgono dal trigono.

Nella discussione interviene BATTAGLIA.

SGAMBATI. *Valore clinico della reazione specifica peritoneale nelle urine.* — Descrive la sua reazione già nota. Ha potuto isolare la sostanza cui è dovuta la reazione sotto forma cristallina, senza peraltro che sia stato possibile precisarne la natura.

FALCONE. *Mesenterite retrattile.* — Ne riferisce tre casi che presentavano ascite. Li interpreta come una tubercolosi mesenteriale con retrazione del mesentere. L'O. richiuse l'addome senz'altro. Le malate stanno abbastanza bene.

(La seduta comune è riferita a parte).

Seduta pomeridiana del 27 *ottobre* 1921.

Comunicazioni.

CASCINO. *Cura radicale dell'ernia femorale col nuovo metodo di Parlavecchio.* — Dopo incisione del legamento di Gimbernat, il legamento di Cooper viene fissato ad esso e all'arcata crurale per mezzo di tre punti passativi con un uncino speciale.

AMANTE. *Diverticolo vescicale contenente un grosso calcolo con apertura fistolosa nel contorno perianale - Operazione e guarigione.* — Descrizione del caso. Importante è il fatto che il calcolo non dava alcun disturbo.

ALOISI. *Casi di calcolosi ureterale.* — Consiglia di arrivare all'uretere per via extraperitoneale-paraureterale.

PELLECCHIA. *La terapia dei tumori della vescica per mezzo dell'alta frequenza.* — La cura con l'alta frequenza dei tumori endovescicali benigni dà effetti sorprendenti; può dare miglioramento anche in casi di tumori maligni.

BRUNI. *La diatermia nella cura dei tumori benigni della vescica.* — Si serve di un apparecchio perfezionato con un misuratore della corrente. Un cistoscopio da cateterismo, che porta un bottone di platino, il quale si applica sul tumore e da cui partono scintille brevi. Ha così potuto curare 21 casi di tumori benigni. Non si ha alcun beneficio nei tumori maligni.

Su domanda di SCALONE, l'O. risponde che non usa alcuna anestesia, perchè non necessaria.

DELFINO. *Risultati sperimentali della cistectomia totale e subtotale.* — Ha osservato che 6 mesi dopo cistectomia, lasciando il solo trigono, si ha la formazione di un corpo piriforme, a spese del tratto di vescica lasciato.

MARAGLIANO aggiunge che nella vescica neoformata si ha anche riproduzione dello strato muscolare.

SIGURTÀ. *Nuovi strumenti ed apparecchi di chirurgia vescicale.* — Presentazione di due strumenti, che servono per fissare le pareti della vescica.

SORRENTINO. *Contributo alla chirurgia dei lobi frontali.* — Riferisce su di un caso di epilessia Jacksoniana (ascesso), e su 14 casi di traumi dei lobi frontali.

MARAGLIANO. *L'influenza dell'anemia adrenalinica sul decorso della infezione tubercolare sperimentale.* — Il decorso della infezione sotto l'influenza di tale anemia non è accelerato.

PURPURA. *Contributo allo studio delle infezioni da blastomiceti.* — Ha osservato 2 casi di blastomicosi; uno con tre noduli nella coscia destra, che poi si ulcerarono, ebbe guarigione con l'asportazione.

BATTAGLIA aggiunge che in un caso di blastomicosi da lui osservato, ebbe guarigione con somministrazione di ioduro di potassio.

DE GAETANO. — In un caso di ustione grave della coscia con fenomeni di retrazione, ha ottenuto un buon risultato con la formazione di un largo lembo cutaneo.

ANZILLOTTI. *Osservazioni sullo pseudobotriomicoma*, ecc. — Ne riporta 14 casi (della mano, del labbro, della lingua). I tumoretti erano formati da tessuto di granulazione con molti vasi; in certi casi poteva simulare un tessuto neoplastico. Vi ha trovato lo stafilococco aureo. Ha potuto inoculare frammenti dei tumoretti ottenendo la formazione di noduli. Trattasi di tumori di natura irritativa, il cui agente è lo stafilococco.

CANTELMO. *Calcificazioni multiple delle guaine muscolari degli arti.* — Esposizione di un caso clinico:

tumefazione sulla coscia sinistra. All'incisione uno strato calcificato, ed un contenuto liquido.

STINELLI. *Un caso d'infezione gassosa con metastasi gassogene.*

GARGANO. *Innesto di embrione di Scyllum stellare nella milza.* — Gl'innesti vennero riassorbiti.

MINERVINI e ZAPPELLONI fanno notare che gl'innesti embrionali non raramente attecchiscono.

BRANCATI. *Reazione da stimolo ed evoluzione dei tumoretti sperimentali.* — Ha utilizzato la reazione a tipo linfoide, prodotta nella milza e nel fegato, e considerata come reazione antiblastica, mediante iniezione di acido nucleinico estratto dal timo.

Usando tale procedimento preventivamente o nel primo periodo di sviluppo dei tumori d'innesto, ha osservato, o involuzione del tumoer con fenomeni di citolisi o una depressione nello sviluppo.

FICHERA giudica interessanti tali risultati, che si riconnettono al principio di stimolo e reazione, da lui e dall'O. studiato, e recentemente avvalorato da altri studi.

CHIAROLANZA interpreta diversamente i risultati esposti dall'O.

MINERVINI. — Riferisce su buoni risultati avuti in casi di tumori benigni, e anche maligni, con la radio e röntgenterapia.

CHIAROLANZA. — È dello stesso avviso di Minervini.

D'AGOSTINO. — Non ha molta fiducia nelle applicazioni di radio.

TORRACA. — L'applicazione dei raggi X dopo l'intervento sarebbe nociva.

SCALONE. — L'O. dimostra una cisti del seno frontale a struttura angiomatosa.

ZAPELLONI. — Ha ottenuto buoni risultati sperimentali con l'uso dell'« adipolo », per evitare la formazione di aderenze peritoneali.

DEL TORTO. — *L'intradermoreazione nella echinococcosi.*

SOLIERI. *Il trattamento chirurgico della tubercolosi articolare.* — Ha ottenuto delle ottime guarigioni con la semplice immobilizzazione in apparecchio gessato chiuso.

NASSETTI. *Plastiche con canali cutanei preformati.* — Prepara un canale cutaneo in un punto, e, allorchè la guarigione è avvenuta, trasporta il canale stesso (per torsione, scorrimento, ecc.), in un altro punto voluto. Ha eseguito ricerche sperimentali.

CALANDRA. *Presentazione di strumenti.*

CARMONA. *Sulle modificazioni del sangue e degli organi ematopoietici in seguito a trasfusione.* — Ha fatto trasfusioni omogenee ed eterogenee, osservando negli animali cambiamenti numerici dei leucociti.

ZAPELLONI. — Fa delle osservazioni sulla opportunità di stabilire a quale gruppo sanguigno appartenga l'animale su cui si deve sperimentare.

GUIDONE. — Presenta un giovane nel quale 13 anni fa praticò la sutura del cuore.

ANZILOTTI. — Ha eseguito la sutura del cuore in 3 casi: un esito letale e 2 guarigioni.

NICASTRO. — Dopo escissione di alcune vene del cordone spermatico del cane ha osservato focolai necrotici nel testicolo, e quindi fenomeni di sclerosi.

BATTAGLIA. — Ha buoni risultati nel varicocele con la escissione del solo gruppo anteriore di vene.

ZUCCARELLI. — Parla della sterilizzazione, come misura profilattica, nei degenerati.

D'AGOSTINO. — Sopra un caso di utero didelfo completo con ematocolpo laterale sinistro per atresia della vagina corrispondente.

A. CHIASSERINI.

Seduta comune ai Congressi di Medicina e Chirurgia.

Seduta antimeridiana del 27 ottobre 1921.

Presidente: prof. SCHUPFER.

Trattamento delle pleuriti purulente.

Relazione del Prof. SCHIASSI (Bologna).

L'O. sostiene che bisogna proporsi di valutare nella loro giusta portata i fattori principali dell'epicrisi, quando un operato di empiema muoia, prendendo in esame:

1° La natura e l'intensità della infezione endotoracica coi danni che essa può determinare, anche fuori dell'ambito polmonare, in tutta l'economia.

2° Le condizioni secondo le quali s'iniziò e poi si venne svolgendo la flogosi pleurale ed eventualmente polmonare.

Se l'elemento microbico può essere il dominatore della evoluzione della malattia, quando si debbono intraprendere atti chirurgici su ammalati particolarmente colpiti nell'apparecchio respiratorio, l'accertamento della qualità e del grado delle eventuali offese tossi-infettive costituisce una necessità scientifica e pratica. Ciò può permettere, p. es., di evitare l'applicazione d'interventi, che, volendo essere radicali contro la malattia, diverrebbero perniciosi al malato: ciò dicasi della toraco-pleurotomia da praticarsi senz'altro non appena formulata la diagnosi.

Per giudicare della gravità della malattia e scegliere le misure di ordine terapeutico, è necessario anche l'esame delle condizioni funzionali del cuore desunto principalmente dai caratteri del polso.

Il comportamento generale curativo avrà allora per base:

1° combattere l'infezione;

2° soccorrere il malato contro il disagio polmonare e cardiaco.

È ovvio che si debba far fuoriuscire l'essudato; ma *come* e *quando?*

L'evacuazione per toracentesi dell'essudato sembra dover rappresentare un provvedimento preliminare nei casi:

1° di iperpiressia, in cui i prodotti flogistici non evacuati intensificano i fatti tossi-infettivi;

2° di versamento copioso, che fa sentire la sua azione sul cuore e sui polmoni;

3° di malattia datante da pochi giorni, quando non si sono ancora costituite aderenze, e quando uno pneumotorace da toraco-pleurotomia aggraverebbe ancora lo schiacciamento del polmone e lo spostamento del setto mediastinico.

La toracentesi può eseguirsi in varî modi; assai buona è la tecnica seguita da Morelli. L'O. ricorda anche i metodi di drenaggio permanente istituito dopo la punzione.

Nella maggior parte dei casi però la toraco-pleurotomia, primitiva o secondaria, è il metodo di cura di elezione delle pleuriti purulente. Vi sono però divergenze sulla scelta della regione dove praticare l'apertura e sul trattamento post-operatorio.

L'O. ricorda il metodo di Tuffier per la cura dell'empiema, e non ne è partigiano, perchè non crede che con lavaggi antisettici si possa sterilizzare una cavità le cui pareti sono sede di processi flogistici.

Per ciò che riguarda la sede da prescegliersi per la toracotomia l'O., dopo aver ricordato le ricerche dello Chevrier e le proprie, afferma che essa deve trovarsi sulla 10ª costa e sull'emiscapolare (punto più declive).

Dopo vuotamento e detersione del cavo, l'O. applica uno zaffo di garza, grosso come un pugno, sullo stoma pleurale, non oltre; lo zaffo deve avere il solo scopo di abituare i tessuti a rimanere divaricati. Lo zaffo è tolto al 4° giorno, e non lo si rimette più.

Non bisogna tralasciare le cure mediche, specie quelle immunitarie, previo accertamento del germe. L'O. non è partigiano della proteinterapia.

Fra gli accorgimenti che tendono ad una più rapida riespansione del polmone l'O. s'intrattiene sopratutto sull'apparecchio di Morelli. Se non si possiede questo apparecchio, esortare l'operato, non appena chiusa la ferita pleurica, a fare esercizi con gli apparecchi di Waldenburg-Forlanini.

Per ciò che riguarda il trattamento delle pleuriti croniche, non tubercolari, l'O. osserva che non sempre la pleurite cronica è conseguenza di una inefficace cura chirurgica, ma può dipendere da altre condizioni anatomo-patologiche.

Negli ultimi anni si è accentuata la tendenza a sostituire alle operazioni parietali (tipo Estlander, Schede) operazioni dirette alla riespansione del polmone (tipo Delorme-Fowler).

La cura deve essere anzitutto causale: rimuovere cioè quelle cause che possono aver condotto il processo alla cronicità (apertura di fistole e di recessi, asportazione di tratti necrotici, ecc.); assicurare un ampio drenaggio. Dopo una critica al metodo Depage-Tuffier, l'O. afferma che dopo aver fatto ciò che è necessario per migliorare le condizioni batteriche della cavità, un completamento utile sia rappresentato dall'applicazione dell'apparecchio del Morelli. Se, nonostante questo, il polmone non tende ad espandersi, è il caso di ricorrere alle operazioni di decorticamento pleurico, o allo scollamento pleuro-parietale secondo Finney, seguiti dall'applicazione dell'apparecchio Morelli.

Relazione del prof. E. MORELLI.

RIASSUNTO.

Tanto è noto l'argomento che mi accingo a trattare e svolto in dotte monografie che credo doveroso sorvolare su tutto quanto è ormai accettato come indiscusso. Sorvolo perciò sulle note quistioni di etiologia, sintomatologia e diagnostica.

Per l'*etiologia* nei riguardi dei microorganismi voglio solo mettere in evidenza che non basta studiare il microorganismo per sè stesso per dedurne della gravità, ma occorre studiarlo in relazione alla malattia che ha preceduto. Ben diversa sarà la gravità di un empiema prodotto da microorganismi gassogeni entrati in cavità per una lesione della parete toracica da quella dello stesso microorganismo entrato per gangrena polmonare; più benigno il decorso di un empiema diplococcico susseguente a polmonite franca di uno derivato da broncopolmonite.

E voglio pure notare l'importanza della porta d'entrata del microorganismo. Diverso è il concetto curativo se la propagazione è per via linfatica ed ematica, oppure se è per continuità e contiguità pleuropolmonare; se la pleura viscerale è integra oppure è perforata.

È di primaria importanza per la cura sapere che la perforazione polmonare è molto più frequente di quanto non si pensi. — Ho avuto la possibilità di constatare questo fatto da quando sistematicamente attuo la dilatazione forzata del polmone: l'anno passato, su 5 casi di empiema, in 4 ho notato perforazione polmonare senza alcuno dei sintomi classici. Già sintomo di quasi certezza è l'infezione polibatterica.

Per la *sintomatologia* insisto solo su tre fatti non messi abbastanza in evidenza:

1) la pronta mobilità del versamento endopleurico è sempre segno di presenza di gas (il che vuol dire quasi sempre perforazione), anche senza i sintomi classici di fluttuazione e guazzamento;

2) la febbre non è sintomo sicuro; in casi gravissimi, specialmente in empiemi da microorganismi gassogeni, può del tutto mancare;

3) talvolta l'ottusità manca ed è sostituita da timpanismo puro, fatto questo facile a verificarsi negli empiemi di guerra, specie per microorganismi gassogeni.

Nei riguardi della *diagnosi* non si manchi mai di fare la puntura esplorativa nei casi sospetti, poichè l'empiema può essere a lungo quasi del tutto silente. La puntura esplorativa non sia fatto troppo in basso perchè può riuscire negativa per l'entrata dell'ago in pseudomembrane.

Cura. — L'ideale curativo è quello di conservare non solo la vita del malato, ma anche la fun-

zione dell'organo. Trattandosi di polmone è necessario ed essenziale di portare il viscere almeno al punto da poter supplire l'altro in caso di malattia.

Da anni i medici ed i chirurgi vanno ripetendo le stesse discussioni, se convenga fare la toracotomia in un punto piuttosto che in un altro, se convenga attuare toracentesi, se sia bene lavare la pleura oppure no, se si debba favorire la funzione con dilatazione forzata del polmone, oppure se convenga affidare la dilatazione alle forze naturali.

Io credo non si sia affrontato il problema nel suo complesso: si è considerato l'empiema come un ascesso, senza distinzione di causa, e si è voluto — secondo le tendenze — imporre un'unica cura. E in ciò sta l'errore.

La base curativa è *essenzialmente meccanica* e come tale deve essere studiata. L'applicazione sarà completamente diversa secondo la causa produttrice, secondo le condizioni della cavità empiematica e delle sue pareti, la gravità della lesione, il tempo di sua insorgenza. Analizziamo i diversi punti:

I. *Via d'entrata.* — Se i microorganismi hanno inquinato la cavità pleurica per via linfatica e sanguigna noi avremo pleura polmonare e polmone integri e potremo esercitare sul polmone qualunque trazione senza timore di danneggiare, se invece l'inquinamento sarà causato dalla frequente perforazione polmonare, ogni dilatazione sarebbe dannosa perchè riaprirebbe la breccia aumentando l'inquinamento; in tal caso non solo è controindicata l'aspirazione ma si deve attuare in primo tempo una netta compressione del polmone.

II. *Tempo di invasione.* — Se l'infezione si è esplicata rapidamente ed è stata inizialmente sorpresa, se i microorganismi si sono versati nella cavità pleurica ma non approfonditi nel tessuto, come accade, ad es., nelle ferite toraciche, è spesso possibile con buona lavatura e con replicate lavature vincere l'infezione; sarà spesso impossibile ottenere ciò quando l'infezione data da tempo e iniziata con infiltrazione pleurica.

III. *Condizioni del polmone.* — Se la lesione polmonare è tale da risentire del danno dalla dilatazione, logicamente non debbono esser attuate aspirazioni, così è del polmone tubercoloso o di un ascesso polmonare. In tali casi occorre curare l'empiema pur comprimendo il polmone con pneumotorace.

IV. *Condizioni pleuriche.* — Si è già detto della perforazione pleurica, ma si deve por mente alle condizioni aderenziali. Esse possono essere favorevoli alla guarigione oppure dannose. Saranno favorevoli nel caso siano precedenti all'infezione poichè — come nelle pleuriti secche — verranno a legare le due pleure in punti omologhi formando dei punti di fissazione dai quali più velocemente progrediranno i fenomeni aderenziali. Saranno dannose se localizzate in modo da ostacolare la dilatazione del polmone e da mantenere aperta una fistola. Le prime dovranno esser favorite mediante aspirazione; le seconde, se possibile, distrutte.

Nella cavità vi possono esser talvolta forti pseudomembrane, tal'altra liquido fluido: nell'un caso la toracotomia sarà indicata, nell'altro potrà esser sufficiente la toracentesi.

V. *Reazione pleuro-polmonare.* — La reazione pleurica ha grande importanza nelle pleuriti, minore nell'empiema. Se n'è esagerata l'importanza in relazione alla lavatura della cavità. Spesso la reazione che si è attribuita alla pleura è dovuta all'entrata di liquido nella fistola polmonare.

VI. — Importante a notarsi il fatto, degno di studio ulteriore, che talvolta le pleure hanno forte tendenza a contrarre aderenze, tal'altra scarsissima.

Date le suesposte condizioni meccaniche, facilmente appaiono le differenze curative: in alcuni casi sarà bene attuare la dilatazione del polmone ricostruendo la pressione negativa del cavo pleurico, in altri converrà la compressione; in alcuni la lavatura darà facile guarigione, in altri sarà insufficiente; talvolta sarà bene aprire una larga breccia, tal'altra basterà una toracentesi.

Date queste premesse meccaniche seguiamo i diversi tentativi di intervento, discutendoli singolarmente:

1) *Pleurotomia e toracotomia.* — È il metodo più diffuso perchè raggiunge più spesso la guarigione dell'ammalato. Ha il grande vantaggio di permettere l'eliminazione completa del pus e delle pseudomembrane difficilmente sterilizzabili. Ha il danno di non dare quasi mai buone guarigioni.

La retrazione del polmone è massima e non v'è forza alcuna che possa dilatare il viscere tranne il naturale processo aderenziale, che sarà lento perchè esplicantesi inizialmente su minima superficie e affidato al caso.

Se esiste perforazione polmonare, ad es., potrebbe talvolta un'aderenza allargare la breccia mantenendo perciò una continua infezione endopleurica. Perciò le facili fistole. Generalmente però la grande retrazione polmonare e la stessa lentezza di guarigione con la immobilità del polmone che apportano, favoriscono la cicatrizzazione.

Altro danno del metodo è di permettere infezioni secondarie. Se anche con questo metodo si ha talvolta buona guarigione, se ne deve attribuire merito non al metodo, ma a pregresse aderenze che han tenuto dilatato il polmone.

Riassumendo, il metodo è buono nei riguardi della vita, pessimo nei riguardi della funzione.

2) *Pleurotomia e toracotomia con lavatura.* — Da taluni bene accetta, è fortemente osteggiata da altri che asserisce essere la lavatura pericolosa e mezzo atto a diffondere più che a vincere l'infezione. Quasi abbandonata (tranne inizialmente nel caso di empiema putrido) è tornata in onore durante la guerra per opera specialmente di Carrel. La lavatura fatta a breccia aperta, molto distanziata, non ha certo grande valore, e forse anche in alcuni casi è dannosa, specie se fatta con liquidi eccessivamente irritanti: può avere valore solo se v'è ristagno di pus. Ma ciò è evitabile attuan-

do la toracotomia in punto indicato. È difficile la lavatura a lunghi periodi possa aiutare infezioni secondarie e vincere infezioni già approfondate nella pleura. Il metodo di Carrel, a lavatura si può dire continua, può dare risultati migliori. Credo però non si debbano accettare come definitivi i risultati finora ottenuti e non si possano generalizzare. Il metodo fu studiato specialmente negli empiemi di guerra, che sono ben diversi dagli empiemi comuni. In questi la grave lesione pleurica ne è la regola, e il tempo che intercorre dalla insorgenza dell'infezione all'intervento è tale che i microorganismi si annidano profondamente nella pleura, in quelli invece l'intervento è immediato, quando la pleura non è lesa o solo superficialmente. In tal caso il lavaggio bene attuato può avere efficacia. E bontà anche maggiore del metodo è questa, che se in poco tempo sterilizza la pleura e permette la chiusura della breccia toracotomica, essendo il polmone circondato da pneumotorace, perciò aderente solo in piccola parte, può esser possibile, a mano a mano che il pneumotorace si riassorbe, una buona dilatazione del viscere. La guarigione sarà funzionalmente tanto migliore quanto prima sarà sterilizzabile la cavità e chiudibile la breccia toracica.

Ma anche in tal caso vi è possibilità di un danno grave al quale si deve badare tanto più se si tratti di feriti di guerra: se la dilatazione polmonare è troppo rapida, se l'espansione del polmone precorre la chiusura della breccia, questa può riaprirsi. Se la sterilizzazione invece è troppo lenta, la guarigione non potrà essere buona poichè procederà casuale, come per la toracotomia semplice. Se la lavatura sarà ben fatta avrà però sempre il vantaggio di impedire infezioni secondarie.

3) *Toracentesi semplice col metodo comune.* — Potrà servire come intervento di urgenza per iperpressioni, ma è assolutamente da proscriversi come metodo curativo. È il tentativo più valido per provocare una perforazione polmonare che non esistesse e per riaprirla se già esisteva e non servirà che ad evacuare troppo scarsa quantità di pus per potere far sperare in una guarigione.

Non serve per eliminare le pseudomembrane, nè per il ripristino funzionale poichè favorisce aderenze in retrazione polmonare.

4) *Metodo di Bulau.* — Non è che una toracentesi comune continuata.

Non serve per la evacuazione completa del pus tranne in rarissimi casi di ottima dilatazione polmonare; è dannoso nei casi di rottura del polmone; non serve per la eliminazione delle pseudomembrane; contunde le pareti toccate al punto di applicazione del tubo rendendo difficile l'ulteriore aspirazione; permette aderenze in retrazione polmonare.

5) *Metodo di Forlanini.* — È un grande progresso sul metodo di Bulau e mostra la vera via curativa. Permette l'evacuazione completa e continua del pus, non permette aderenze del polmone retratto, ne favorisce la dilatazione *in toto*. Esso pure è però cieco nella sua trazione e può essere dannoso per rottura del polmone; non permette l'evacuazione delle pseudomembrane, contunde il torace al punto di applicazione e non può essere applicato a lungo.

6) *Toracentesi con introduzione di aria.* — È l'altra tappa segnata come intervento regolato e sistematico dal grande Maestro italiano. La evacuazione è buona se non completa. Può perciò servire solo in caso di empiema recente e a microorganismi poco virulenti. È l'unico metodo che possa permettere evacuazione del liquido senza pericolo di rottura del polmone e di riapertura della fistola. Questo può avvenire in secondo tempo se il liquido non aumenta in proporzione del riassorbimento spontaneo del gas. Ha il grande valore però di attesa ragionata perchè apporta sollievo al paziente, non permette aderenze del polmone che viene a staccarsi dalla parete, favorisce la chiusura di una eventuale fistola polmonare. Se l'infezione è antica non serve per la guarigione definitiva; non permette l'uscita di pseudomembrane.

7) *Toracentesi con introduzione di aria e lavatura.* — È l'ottima delle toracentesi nell'empiema perchè permette l'evacuazione veramente completa del pus e se l'infezione è recente può portare la vittoria. Non apporta pericoli, dà tutti i vantaggi della toracentesi favorendola perchè il liquido di lavaggio diluisce il pus e serve a disostruire l'ago se pseudomembrane — come facilmente accade — l'ostruiscono. È il metodo ottimo in forme recenti. Unico inconveniente: che non leva le pseudomembrane. Il pneumotorace può essere seguito con la misurazione manometrica e mantenuto se si sospetta una perforazione polmonare. Se guarigione avviene è l'ottima delle guarigioni e specialmente utile nelle ferite del torace. Massima la sua utilità nelle forme tubercolari.

8) *Aspirazione semplice dopo toracotomia.* — Numerosi apparecchi sono stati proposti e non è possibile discuterli singolarmente. La maggior parte non sono pratici; alcuni non dànno la netta misura della aspirazione, altri obbligano ad un impicciolimento troppo rapido del foro toracotomico; quasi tutti contundono la parete e non sono perciò a tenuta perfetta e fanno sì che la ferita toracotomica sia immersa nel pus. Nessuno è tale da permettere la compressione del polmone laddove occorresse attuarla.

Abbiamo veduto che ogni metodo ha dei vantaggi e degli inconvenienti.

Ottimo metodo sarà quello che unirà tutti gli utili eliminando al massimo i danni; quello che darà la maggior frequenza di guarigioni nel minimo tempo e con la massima conservazione della funzione.

Il metodo da preferire inizialmente sarà la toracentesi con sostituzione di aria e lavatura. Ho perciò descritto io stesso un apparecchio che corrisponde allo scopo. Se con tale metodo la guarigione non si ottiene si dovrà attuare una toracotomia. Questa attuata (la toracentesi fatta avrà servito a formare quel pneumotorace che leverà ogni pericolo di traumatopnea nel successivo atto operatorio), eliminate le pseudomembrane, si do-

vranno studiare le condizioni locali per vedere se convenga attuare una dilatazione pel polmone o non piuttosto una primitiva compressione. Sia attuata l'una e l'altra, sarà bene accompagnarla a lavaggio pleurico continuo per favorire il deflusso del pus. Ho perciò descritto un apparecchio che mi pare risponda ai bisogni poichè permette aspirazione e compressione perfettamente graduabili, la chiusura così ermetica da non permettere infezioni secondarie e che nel tempo stesso non contunde le pareti e permette la lavatura del cavo pleurico. L'apparecchio è passibile di molte critiche, dovrà essere ancora migliorato; mi pare però quello che più risponde alle premesse.

I risultati che finora ha dato si possono dire veramente ottimi.

Mi sono tenuto finora in campo critico; su tre argomenti mi permetto entrare in campo chirurgico per la pratica grande che ho potuto fare; intendo accennare brevemente alla cura dell'empiema tubercolare, dell'empiema bilaterale e dell'empiema da ferite del polmone.

Empiema tubercolare. — Lo dividerò in empiema tubercolare semplice ed empiema in cura di pneumotorace.

Non ho il pessimismo generale nè nell'una che nell'altra forma: generalmente vengono a guarigione con la toracentesi e lavatura, attuate col metodo da me descritto e replicato molte volte. Per l'empiema tubercolare semplice se non venisse a guarigione si potrebbe anche intervenire senza pericolo con la toracotomia e aspirazione, per l'empiema in pneumotorace assolutamente si deve cercare di evitare la toracotomia. Se l'empiema in pneumotorace non è unito a perforazione polmonare l'insistenza delle toracentesi apporta la guarigione: quest'anno su 5 curati ho avuto 5 guariti. La guarigione è difficile nel caso di rottura del polmone: in tal caso si tenta la lavatura con pneumotorace in notevole compressione. Se la perforazione non si chiude ed il versamento si fa polibatterico si attui la toracotomia con l'applicazione dell'apparato da lavatura in compressione. Se non porterà alla guarigione darà il miglioramento che potrà poi permettere la demolizione costale.

Empiema bilaterale. — Si trova scritto che nell'empiema bilaterale conviene attuare doppia toracotomia. È questo errore grave poichè se trovassimo polmoni senza aderenze pleuriche potremmo avere la morte rapida del malato per eliminata funzione polmonare. Si deve anzitutto tentare toracentesi con lavatura sostituendo aria nella stessa quantità del liquido. Quando si è formato un pneumotorace, lo studio della cavità diventa facile perchè la percussione e l'osservazione radioscopica dimostrano come si è disteso il gas e perciò ci informano dell'esistenza o meno di aderenze; perchè se v'è ancora un po' di liquido, dal modificarsi della sua posizione si può indurre della forma della cavità, e più di tutto — ciò che è della massima importanza — la misurazione manometrica del gas introdotto ci dirà con certezza se il polmone è aderente alla parete e se è libero; dirà cioè con certezza se si può procedere a toracotomia o se la toracotomia è pericolosa.

Empiema in ferita del polmone. — Deve essere anzitutto attuato un pneumotorace e sistemato l'esistente in modo che si possa chiudere la ferita polmonare, impedire l'emorragia e l'infezione pleurica. Se questa è già avvenuta devesi lavare la pleura. E ciò quasi sempre sufficiente alla guarigione.

Io ho avuto nei feriti di guerra il 2 % dei casi nei quali ho dovuto intervenire con la cura dell'empiema grave. Se questo si forma devesi applicare l'apparecchio già da me descritto e attuare in primo tempo una netta compressione: dopo una decina di giorni si può iniziare l'aspirazione. La guarigione è quasi sicura; la funzione si ripristina ottimamente.

Lo stesso metodo devesi usare nella perforazione spontanea del polmone.

Qui la compressione deve esser mantenuta più a lungo.

Prima di abbandonare l'argomento dovrei dire degli *esiti*.

Talvolta residuano gravi depressioni toraciche: sarà di valido aiuto curativo l'uso di inspirazioni di aria compressa. Serve a ciò molto bene l'apparecchio Waldemburg-Forlanini.

L'empiema cronico, le fistole toraciche possono spesso essere vinte da una aspirazione continuata. Nei casi resistenti a tali tentativi la demolizione costale si impone.

Dovrei parlare ora della *vaccinoterapia*. È quistione ancora da studiare, ora non se ne possono avere che i concetti che la patologia generale in tutte le forme infettive insegna; nei riguardi dell'empiema non ha dato risultati tali da segnare un vero progresso.

È però una via da seguire perchè specie nelle forme a lungo decorso, senza tendenza ad esaurirsi, può essere di aiuto.

Discussione sulle relazioni: "Trattamento delle pleuriti purulente".

BASTIANELLI. — L'O. è d'avviso che il problema della cura delle pleuriti purulente sia ormai risolto. L'intervento deve essere precoce, salvo nei casi in cui la pleurite non sia che un epifenomeno della malattia generale. Non crede consigliabile la toracentesi.

La perforazione polmonare nella pleura non sarebbe così frequente come appare a Morelli.

È assai favorevole alla toracotomia, che non è necessario sia molto grande, nè molto bassa. Egli la pratica di solito in corrispondenza della VIII costa sull'ascellare media. Detersioni complete della cavità pleurica non sono necessarie. In seguito può essere istituita l'aspirazione secondo Morelli. Possono in tal modo ottenersi guarigioni anatomiche e funzionali.

PASCALE. — L'O. richiama l'attenzione sulla importanza delle pleuriti purulente interlobari.

L'operazione, quale viene eseguita, nella Clinica da lui diretta è la toracotomia ampia con rese-

zione costale; la toracotomia, senza resezione, nei bambini. La toracotomia deve essere fatta non molto bassa, per non esporsi alla insorgenza di fistole toraciche. L'intervento curativo deve essere in linea generale subordinato all'agente causale; ciò sopratutto nelle pleuriti croniche. Ricorda sei casi di fistole toraciche da lui operate con decorticazione nel 1898.

TADDEI. — L'O. afferma che l'empiema deve essere trattato come ogni altra raccolta ascessuale. L'incisione deve essere fatta nel punto più declive, che è variabile. Egli fa dapprima una piccola incisione esplorativa, da cui svuota il contenuto pleurico: per questa incisione infila un dito nel cavo pleurico e stabilisce con esso qual'è il punto più declive (di solito vicino alla colonna vertebrale); quivi pratica una toracotomia più ampia, ed applica un grosso tubo di drenaggio. Ha ottenuto in tal modo buoni risultati. Sconsiglia i lavaggi della pleura.

Spesso ha riscontrato la perforazione nella pleura di ascessi corticali del polmone.

Non si dichiara molto favorevole alla cura dell'empiema secondo Morelli; dichiara però di non averne esperienza personale.

AMANTE. — L'O. riferisce su di un caso di empiema, nel quale le pareti erano rivestite da placche calcificate.

MAGRASSI. — Ha curato 220 casi di pleurite purulenta in bambini. Sette sono guariti senza intervento. Negli altri casi è intervenuto con la resezione costale. Mortalità: 9,25 %. Non ha mai potuto constatare la presenza di perforazioni polmonari nella pleura. La funzionalità polmonare, esaminata dopo molti anni dall'intervento, erasi conservata buona.

STINELLI. — L'O. riferisce sulla tecnica da lui seguita per praticare la pneumectomia nei cani. Fa anche delle considerazioni sulle infezioni peritoneali e pleuriche.

PANE. — L'O. s'intrattiene sulla prognosi delle pleuriti purulente in rapporto all'agente etiologico.

QUEIROLO. — Non ha osservato che le perforazioni polmonari nei casi di empiema sieno frequenti. Consiglia l'intervento immediato. Conferma l'osservazione di Magrassi che dopo toraco-pleurotomia la funzione polmonare tende a ripristinarsi.

Seduta pomeridiana.

Presidente: SCHUPFER.

PONTANO. — Rivolge alcune osservazioni ai relatori e specie al prof. Morelli notando anzitutto come occorre distinguere nettamente fra caso e caso, essendo noto che gli empiemi metapneumonici possono guarire spontaneamente senza alcun intervento.

Circa la presenza di perforazioni polmonari nelle bronco-polmoniti, quali causa di empiema, osserva che al tavolo anatomico nei casi di empiema consecutivo a broncopolmonite (frequente nei bambini) non si rileva presenza di aria accanto al pus ed inoltre che questo è monobacterico, mentre è noto che quando esiste perforazione, il pus è sempre polibacterico, nè si può comprendere la mancanza di aria con perforazione, poichè per lo stimolo continuo alla tosse si hanno le condizioni più opportune per la immissione di aria nel cavo pleurico.

L'O. non ha mai riscontrato inconvenienti dall'uso del Potain e non crede che tale manovra possa determinare perforazioni polmonari, tanto più che nella maggioranza dei casi il polmone è ricoperto da una spessa cotenna che lo protegge.

Conviene col Morelli che la immissione di aria nella cavità pleurica contemporaneamente alla evacuazione del pus valga a svuotare completamente il cavo pleurico, però domanda in quale modo possa l'aspirazione favorire la *restitutio ad integrum* del polmone, quando, per es., delle spesse cotenne pleuriche lo mantengono solidamente in retrazione.

Espone alcuni risultati ottenuti nella Clinica Medica di Roma praticando la toracentesi in empiemi, e facendo seguire il lavaggio della cavità pleurica con soluzione di Dakin o sostituendo al pus estratto siero antistreptococcico o antistafilococcico. In alcuni casi si ebbe a notare un netto miglioramento; raramente si ebbe con tale metodo la guarigione.

MOSCATI. — Osserva come esistano alle volte raccolte purulente in alcuni recessi pleurici come quello mediastino-pericardico, dei quali non è possibile evacuare il pus anche con ipercompressione polmonare. Richiama l'attenzione sulla esistenza degli ascessi del polmone che definisce epipleurici e che possono mentire un empiema. In tali casi non si può fare altro che applicare la toracotomia.

BONANOME. — Osserva come anche con la toracotomia non si ottenga sempre la guarigione perchè se essa provvede a svuotare il pus, permane ugualmente il processo suppurativo che può dare luogo ad ulteriore raccolta.

Espone i dati statistici di esprienza personale su toracotomie praticate in bambini affetti da empiema secondario a broncopolmonite spesso con perforazione polmonare.

Egli ebbe a notare una elevata mortalità che attribuisce alla tenera età dei bambini operati e allo stato setticemico grave.

PURPURA. — Riferisce dei risultati ottimi ottenuti in 14 casi di empiema influenzale mediante la toracotomia, e drenaggio opportuno.

SCHIASSI. — Rispondendo alle osservazioni fatte dai vari oratori, si rivolge anzitutto al prof. Bastianelli affermando che da osservazioni concordi compiute nell'ultima epidemia influenzale si è constatato che molti operati di empiema morivano per l'atto operatorio in sè e non per influenza poichè un intervento violento praticato quando per il patimento tossico e meccanico dovuto alla presenza del pus, si era determinato uno stato di debolezza del miocardio e dell'apparato respiratorio, portava di necessità un aggravamento delle condizioni generali e specie del cuore. Insiste nel concetto che la toracotomia è opportuna quando le condizioni del malato diano affidamento di una certa resistenza all'intervento, quando non ci si trovi in tali

condizioni, poichè occorre togliere il pus, crede logico ricorrere alla toracentesi in primo tempo, poi successivamente, migliorate le condizioni generali, intervenire con la toracotomia. È del parere che occorre fare una breccia ampia onde poter lasciare defluire liberamente oltre che gli essudati liquidi anche i solidi. Il drenaggio deve essere fatto sempre nel punto più declive, e questo sarà indicato caso per caso. In linea generale il punto più declive è a livello della X costola nella emiscapolare.

Conviene che coll'apparecchio Morelli non si può avere una aspirazione continua però riconosce che ciò non impedisce che si ottenga ugualmente l'amplificazione del polmone.

Conviene nelle osservazioni fatte dal Pontano riconoscendole tutte esatte e logiche.

MORELLI. — Ripete di avere già affermato che in ogni caso occorre studiare il metodo che più si conviene. Alle osservazioni del Pontano risponde facendo rilevare che esistono negli empiemi da broncopolmonite delle piccole lesioni superficiali della pleura viscerale, a volte ricoperte da essudato stratificato che si rendono evidenti con l'uso del suo apparecchio, ma che non portano spontaneamente alla formazione del pneumotorace, ma che lo determinano quando col drenaggio della pleura o con l'aspirazione praticata col Potain si allontana l'essudato che ricopre la lesione pleurica. Ritiene utilissima l'immissione di aria contemporaneamente allo svuotamento del pus, sia per ottenerne l'evacuazione completa, sia per evitare di determinare danni a carico del polmone quando esso sia perforato, e quando non si conosca sino a quale punto possa espandersi.

Inoltre l'immissione del gas impedisce la formazione di aderenze fra i due foglietti pleurici, aderenze che avvenendo nella posizione di retrazione del polmone ne ostacolerebbero la *restitutio ad integrum.*

Tale *restitutio* poi viene favorita dalla aspirazione esercitata dal suo aparecchio, aspirazione che toglie le aderenze neoformate e determina il distacco delle cotenne. La più frequente è la perforazione con versamento polibacterico, essa però si riscontra anche nei versamenti monobacterici. Osserva che tanto se l'apertura praticata nel torace è piccola o grande, lo spostamento del mediastino è sempre uguale, essendo esso in dipendenza della pressione atmosferica.

Non è della stessa opinione del prof. Giuffrè, che sia opportuno attendere, prima di intervenire, sperando di avere di fronte un empiema che volga spontaneamente a guarigione.

A Queirolo risponde notando che con la toracotomia per la retrazione del polmone si obliterano le eventuali perforazioni, mentre in condizioni opportune di osservazione, si possono rilevare anche quelle più lievi. È dell'opinione che nei casi di empiema da perforazione sia più indicata la toracotomia.

Osserva come più del pneumotorace sia da temere la traumatopnea, specie nelle condizioni di debolezza del miocardio, e in tali casi appunto la evacuazione del pus con contemporanea immissione di gas evita la traumatopnea e le sue conseguenze sull'apparato circolatorio.

A. CHIASSERINI
E. TRENTI.

COMMENTI.

A proposito di radioterapia intensiva.

Riceviamo:

Egregio Signor Direttore,

Nel numero 42 della Sezione pratica del «Policlinico» abbiamo letto un articolo del prof. F. Saraceni sulla «Radioterapia intensiva nelle Cliniche Tedesche» che merita da parte nostra alcuni rilievi:

Nessuno disconosce l'impulso che alla Radiologia hanno dato i medici tedeschi, ma non è lecito, in tema di confronti, nascondere nella glorificazione degli altri tutto quel lavoro che in Italia è stato fatto nel campo della Radioterapia e a Roma per opera specialmente dell'Istituto di Radiologia.

A parte che le radiazioni secondarie hanno formato oggetto fino dal 1911 nell'Istituto suddetto di numerosi lavori sperimentali e clinici sia per opera del Direttore prof. Ghilarducci, sia dai suoi allievi, lo stesso prof. Ghilarducci nella seduta dell'Accademia Medica di Roma del 27 febbraio c. a. preconizzò l'uso della ionoforesi argentica associata alla irradiazione come il metodo più adatto per ottenere con le radiazioni secondarie un'azione più efficace di quella da lui ottenuta con altri metodi specialmente nella cura delle neoplasie e del lupus. Nella seduta del 24 aprile comunicò i primi risultati clinici ottenuti col suo metodo presentando un paziente già affetto da carcinoma ulcerato della guancia e del naso che volse a rapida guarigione dopo una sola applicazione. Il nuovo metodo del prof. Ghilarducci fu esperimentato in numerosi casi di lupus e di epiteliomi comunicati all'XI Riunione per l'avanzamento delle scienze (Trieste, 8-13 settembre 1921) in una Conferenza del prof. Ghilarducci, la quale destò tale interesse che fu ripetuta per invito dell'Associazione Medica Triestina.

Quanto all'affermazione che il metodo è già in uso da sei anni presso la Clinica di Erlangen, è doveroso notare che nessuna menzione è fatta nelle recenti pubblicazioni del Voltz (F. Voltz: *Die phisikalischen und technischen Grundlagen der Messung und Dosierung der Rontgen-strahlen,* Urban & Schwarzenberg, 1921) e dello stesso Wintz (Seitz und Wintz: *Unsere Methode der Rontgen-Triefentherapie und ihre Erfolge,* Urban & Schwarzenberg 1920) di quello che il Saraceni chiama a torto metodo di Wintz. Il quale autore solo nell'aprile 1921 comunicava al XII Congresso dei Radiologi Tedeschi in Berlino la sua Verkupferung-Verfahren. Del resto altri colleghi hanno potuto constatare nelle loro visite fatte nell'inverno 1920-

1921 alla Clinica di Erlangen che il metodo della ionoforesi non era in uso nella Clinica dove tuttavia non si ignora, come ha potuto constatare in un recente viaggio uno di noi, che il metodo della ionoforesi è stato già da tempo iniziato a Roma. È dunque accertato che la priorità del metodo della ionoforesi associata alla irradiazione per ottenere le radiazioni secondarie spetta al prof. Ghilarducci e deve essere chiamato col suo nome. Per quanto poi riguarda la radioterapia dei tumori in genere è bene rilevare che i risultati ottenuti nel nostro Istituto e nella Clinica Ginecologica di Roma non sono inferiori a quelli osservati all'Estero, e ciò non deve essere ignorato non solo dai medici italiani, ma anche dalla gran massa del pubblico il quale attraverso un'intervista comparsa recentemente sulla stampa politica può credere che la radioterapia in Italia sia davvero allo stato nascente.

Con ossequio

Dott. EUGENIO MILANI
Dott. SORDELLO ATTILJ
Aiuti del R. Istituto di Radiologia ed Elettroterapia di Roma.

Roma, li 19 ottobre 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sfruttamento professionale.

Non c'è professione, arte o mestiere che si presti allo sfruttamento più e meglio di quella del medico. È questo un fatto noto a tutti, una verità più volte affermata e deplorata. Tuttavia dell'opera del medico si profitta senz'alcun compenso o senza compenso adeguato sempre in misura più larga.

Tutte le categorie di professionisti e di lavoratori hanno cercato e son riusciti a precisare il compenso di ogni loro prestazione, e le esagerazioni talvolta ridicole e più spesso vessatorie di un tale sistema sono ben note, come è ben noto con quanta disciplina e quanta scrupolosità le tariffe sono rispettate e fatte rispettare.

I medici invece, pur avendo fissata una tariffa delle loro prestazioni, non riescono a rispettarla ed a farla rispettare.

Ma non è di ciò che si vuol discorrere.

Il più delle volte l'opera del medico non è pagata affatto. Il più delle volte si carpisce dal medico il parere, il consiglio senza aver l'aria di domandare cosa che abbia importanza o valore, cosa che meriti di essere compensata. Si domandano al medico giudizi diagnostici e prognostici, precetti terapeutici, così come si domanda ad un amico una informazione o una notizia qualsiasi.

Per la strada, a casa, in tram, in treno, in trattoria, in teatro, a tutte le ore il medico è infastidito da qualcuno che gli racconta le sue sofferenze o quelle di un parente, e lo assilla di domande e gli propone quesiti spesso difficili, tormentandolo in ogni modo, costringendolo nelle ore anche di svago ad un lavoro mentale affaticante e fastidioso.

E tutto ciò è fatto con un'aria di disinvoltura e di semplicità che confonde e che non fa neppure spuntare nell'anima della vittima il pensiero della ribellione e della protesta. Tutto ciò è fatto senza alcuna intenzione di sfruttamento, senza accorgersi o mostrare di accorgersi che un consulto o un parere anche se richiesto nel corso di una conversazione amichevole costa fatica o è costato fatica per essere in grado di darlo. Tutto ciò è fatto senza neppure pensare che quel che si chiede al medico è una merce che ha un valore e come tale dovrebbe essere pagata.

Vi sono altre forme di sfruttamento dell'opera del medico e su queste ha richiamato l'attenzione F. Mastrilli sul *Tempo*. Il medico è chiamato in una famiglia per visitare un infermo. Fa la sua visita e riceve il suo onorario, ma non è con ciò lasciato in libertà. Giacchè il medico è venuto in casa e lo si è pagato, è bene che egli dia per ciascuna delle persone di famiglia, domestica compresa, qualche consiglio per curare disturbi in atto o prevenire quelli eventuali. E tutto ciò con un'aria di candore, col sorriso sulle labbra, mentre il medico freme al pensiero del tempo che perde ed a quello non meno tormentoso del tassametro della vettura lasciata al portone, i cui ingranaggi girano inesorabilmente per indicare forse una somma superiore a quella che egli ha percepita.

I tentativi di sfruttamento, che confina con la frode, hanno talvolta del ridicolo. Un tale dovendo fare analizzare le sue urine, volle profittare dell'occasione per assicurarsi con poca spesa delle buone condizioni di salute di tutti i suoi cari, e mescolò in una bottiglia, insieme con le proprie, quelle della moglie e dei figli, dei genitori e dei suoceri.

Ed è ben noto lo strattagemma al quale ricorse un altro risparmiatore, nel gabinetto di un illustre specialista che faceva pagare venticinque lire la sua prima consultazione e dieci lire le successive. Per sottrarsi al pagamento della tariffa più elevata, quel tale abbordò il

professore con queste parole: «Come vede io son dovuto ritornare...».

Il medico che aveva la certezza di non averlo mai veduto prima di allora, lo lasciò dire, si fece descrivere le «nuove fasi» del male, poi mise a posto le cose congedando il cliente con queste parole: «Non ci vedo niente di nuovo, mio caro signore: tanto che posso consigliarle soltanto di ripetere la prescrizione e la cura che le indicai quando venne per la prima visita».

Purtroppo non tutti i medici hanno la presenza di spirito di cavarsela in modo sì fatto. L'idea di sembrare maleducati o interessati, la paura di perdere il cliente, talvolta anche il sospetto di essere ritenuti incapaci a dare i consigli domandati, fanno sì che i medici subiscono con rassegnazione ogni forma di sfruttamento e sopra tutto quello di dar gratuitamente pareri e prescrizioni in ogni luogo, in ogni ora, in ogni occasione piaccia ad un qualsiasi seccatore di infastidirlo.

Occorre modificare questo stato di mentalità che fa considerare il medico come il distributore automatico di pareri, e senza il bisogno di introdurre il nichelino. I medici risparmieranno così inutili fastidii e molestie, e se ne avvantaggeranno economicamente.

D'altra parte è bene notare che il medico che non si presta a consulti estemporanei è anche più considerato ed apprezzato. Sta di fatto che è ritenuto più coscienzioso, e quindi infonde più fiducia e riscuote più stima, quel medico che giudica e consiglia solo dopo un esame accurato.

Ma per ottenere ciò occorre prontezza di spirito e fermezza. Rifiutare occorre qualsiasi parere che non sia richiesto in luogo ed ora adatti. Così facendo si contribuirà a valorizzare le nostre prestazioni.

PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

VI Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici.

Sono convocate in Roma (Foro Traiano n. 1, sede dell'Ordine dei Medici) in assemblea generale, nei giorni 26-28 novembre, le Rappresentanze degli Ordini dei Medici aderenti alla Federazione.

Il Congresso si inaugurerà alle ore 10 precise del 26 novembre per discutere e deliberare su di un vasto ordine del giorno di cui riportiamo i temi principali stabiliti fin'ora:

Rendimento della sottoscrizione per i danni della guerra e dei sussidi distribuiti (Giunta esecutiva della Federazione); Proposte di modificazioni allo statuto (Idem): *a*) art. 2. Composizione del Consiglio federale; *b*) art. 8. Data del Congresso annuale; *c*) art. 10. Contributo annuo degli Ordini; Assicurazione obbligatoria contro le malattie (Presidente federale); Riforma delle tariffe medico-legali (Presidenza federale); Onoranze ai medici caduti in guerra (Silvagni-Zambler); Modificazioni alla legge sugli Ordini (Giunta esecutiva della Federazione); Nomine e condizioni contrattuali dei medici negli Istituti dello Stato: medici coloniali, delle carceri, dei convitti nazionali, ecc. (Presidenza federale e Danioni); Mezzi per ottenere dal Governo l'attuazione dei desiderata della classe sopratutto in riguardo alla modifica della Legge e del Regolamento degli Ordini e delle tariffe giudiziarie (Ordine di Palermo, Bentivegna); Commissione mista tra i rappresentanti delle Federazioni, Medici, Farmacisti e Veterinari, allo scopo di raccogliere e concretare tutte le modificazioni per la Legge e Reg. sugli Ordini Sanitari (ordine del giorno di Novara, Danioni); Condotte farmaceutiche (ordine del giorno di Novara, Danioni); Sulle *réclames* professionali (ordine del giorno di Novara, Danioni); Sulla eccessiva produzione di specialità medicinali (ordine del giorno di Novara, Danioni); Per i posti di medici presso i Convitti Nazionali (ordine del giorno di Bari, Mandragora); Per la repressione dell'esercizio abusivo dell'arte sanitaria (ordine del giorno di Bari, Mandragora); Iniziative sindacali e tecniche degli Ordini (Ordine di Ferrara); I requisiti del medico specialista (Ordine di Ferrara); Tariffa Giudiziaria (Ordine di Salerno); Sperequazione di stipendi dei sanitari comunali (Ordine di Salerno); Azione da spiegarsi dalla Federazione per salvaguardare gli interessi della Classe (Ordine di Salerno); Sulla riscossione degli stipendi dei medici condotti (Ordine di Salerno); Vertenze della C. R. I. con i medici della Lega Medici Ufficiali della C. R. I. (Ordine di Torino); Per un progetto di nuova Legge sugli Ordini dei Sanitari (Ordine di Torino); Gli Ordini dei Medici nelle terre redente (Presidenza federale); Norme che disciplinino tutti i concorsi medici (Ordine di Brescia); Per una nuova Legge contro l'esercizio abusivo della Medicina (Ordine di Torino).

La Presidenza federale ha iniziate le pratiche per il ribasso ferroviario da concedersi per il Congresso.

Il Consiglio federale è convocato in Roma il giorno 15 novembre alle ore 15 precise nella sede dell'Ordine dei Medici.

I Medici condotti di Casale Monferrato in sciopero.

Dal 24 ottobre i nove medici di Casale Monferrato e sobborghi sono in isciopero, perchè il Commissario Prefettizio vorrebbe modificare a loro danno il capitolato di servizio. La vertenza che ha portato i colleghi di Casale — tra cui il dott. comm. Ubertis, vecchio più che settantenne, con 50 anni di laurea, organizzatore benemerito della classe sanitaria, filantropo, benefattore, stimato ed amato da tutta la popolazione, perchè fondatore della colonia alpina e marina — a sì grave decisione merita di essere un po' illustrata.

Fin dal maggio 1920, il Prefetto della Provincia di Alessandria mandava a tutti i Comuni un Capitolato-tipo, approvato in precedenza dal Consiglio Provinciale Sanitario e dalla Giunta Pro-

vinciale Amministrativa con preghiera di adottarlo entro un dato termine, per evitar provvedimenti d'ufficio.

Tutti i Comuni l'adottarono: così pure l'adottò l'Opera Pia Misericordia di Casale da cui dipendono i medici di Casale: e l'adottò pure il Comune di Casale, poichè concorre in parte nella spesa pel compenso ai medici; solo che l'Ufficio di Segreteria dimenticò di inviarlo alla G. P. A. per l'approvazione. Intanto i medici protestavano perchè venivano sempre compensati come ante-guerra. Sempre ebbero promesse che i loro assegni sarebbero stati dati completamente quando si avessero avuti fondi, e tale assicurazione veniva segnata in apposito verbale in Sottoprefettura dal Sindaco della città davanti al sottoscritto.

Nel frattempo, per le dimissioni del Consiglio, venne il Commissario Prefettizio, che, invece di provvedere al pagamento degli arretrati od a far approvare dalla G. P. A. il Capitolato, trasse profitto da tale dimenticata approvazione per negare ai medici i diritti riconosciuti dalle precedenti Amministrazioni e tentare di porre a loro nuove condizioni. Perciò i medici, mentre si decidevano a far citare davanti al Tribunale l'Opera Pia — e questa, per rivalsa, il Comune — per essere pagati dei loro assegni che invano attendono da due anni, fecero presente alla Presidenza Centrale dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti il tentativo del Commissario, lesivo non solo dei loro interessi, ma di quelli di tutta la classe e, col consenso della Presidenza Centrale e coll'appoggio del Congresso di Genova, decisero lo sciopero. La solidarietà dei medici liberi esercenti ed ospitalieri è completa. Le levatrici pure sono scioperanti.

Intanto a disposizione del Commissario vennero dati 4 medici militari che dovrebbero far servizio nella città e nei 5 sobborghi estesissimi. Ma i nove medici condotti sono rimasti sul posto e la popolazione preferisce ricorrere ai proprii medici di fiducia.

Il gruppo Provinciale delle Sezioni dei Medici Condotti, presente il sottoscritto ed il Presidente dell'Ordine dott. Percival, si è reso solidale coi medici di Casale ed ha deliberato di riunire le Assemblee Generali delle varie Sezioni per una eventuale azione collettiva di solidarietà contro il tentativo di lesione di diritti acquisiti. Ha poi mandato al prof. Silvagni, Presidente della Federazione degli Ordini, per protesta contro l'invio dei medici militari, il seguente telegramma:

«Ordine e Gruppo Provinciale Alessandria Medici Condotti denunziando invio medici militari Casale per fronteggiare agitazione medici condotti legittima ed approvata Congresso Genova chiedono se appoggio classe medici militari doveva dare simili risultati krumiraggio anche forzato ed invocano appoggio limiti Sue attribuzioni Presidenza federale — Percival e Mortara».

La lotta dei medici di Casale è basata su alta questione di principii che interessano tutta la classe medica, alla quale perciò io mi rivolgo, sicuro che da essa verrà la più sincera ed incondizionata prova di solidarietà.

Il Presid. dell'Uff. Centr. Stampa dell'A. N. M. C.:

OLIARO.

I funzionari comunali per l'indennità di caro-viveri

A Torino ebbe luogo il 30 ottobre un Convegno fra i rappresentanti dell'Associazione Nazionale dei funzionari e dipendenti dagli Enti locali, l'Associazione nazionale medici condotti, l'Associazione veterinari italiani, il Sindacato del pubblico impiego, il Sindacato agenti e subalterni comunali e provinciali, il Sindacato dipendenti Enti locali, per discutere sulla vecchia esasperata questione del secondo caro-viveri e sulla riforma della Cassa Pensioni.

Come è noto, il Governo aveva riconosciuto equo e doveroso corrispondere una seconda indennità di caro-viveri ai dipendenti comunali. Aveva a tal uopo presentato un progetto di legge che la Camera, il 19 marzo u. s., aveva approvato. Per una materiale incompletezza del testo rassegnato al Senato, la Camera alta non potè dare la sua approvazione a tale progetto, che per ciò solo non diventò legge. La Camera nuova lo riprese di nuovo in esame e lo approvò una seconda volta ed anche gli uffici del Senato lo approvarono, ma le vacanze estive impedirono di bel nuovo che avvenisse la sanzione ufficiale della Camera vitalizia.

Di fronte a queste sfavorevoli vicende le Organizzazioni di dipendenti comunali iniziarono un'agitazione per ottenere la concessione dell'indennità.

Dopo discussione il Convegno si trovò unanime nell'approvare un ordine del giorno nel quale si dice che i rappresentanti delle suddette Associazioni, coll'adesione completa dell'Unione Magistrale: «riuniti in Torino per esaminare la situazione creatasi in seguito all'ingiustificato e colpevole ritardo nell'estensione del secondo caro-viveri obbligatorio ai dipendenti degli Enti locali, ed all'ostentato disinteressamento del Governo circa lo stato giuridico ed economico, la riforma della Cassa Pensioni nonchè delle altre minori richieste della classe, ad unanimità deliberano di invitare tutta la classe a disinteressarsi completamente di ogni e qualsiasi lavoro riflettente servizi di carattere statale, servizi sanitari compresi, e particolarmente di ogni pratica avente comunque attinenza col nuovo censimento della popolazione, ed impegnano reciprocamente le rispettive organizzazioni a perseverare nel disinteressamento fino a tanto che non riconoscano concordemente l'opportunità di modificare la deliberata linea di condotta».

La Croce Rossa Italiana e la Federazione degli Ordini dei Medici.

Riceviamo:

I Medici membri del Comitato della Circoscrizione di Bologna della Croce Rossa Italiana;

lamentando che la Presidenza del Comitato Centrale nella vertenza dei medici della Circo-

scrizione di Torino non abbia creduto di accogliere e favorire l'intervento della Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici;

fanno invito ai Colleghi degli altri Comitati per un'azione concorde che tenda a salvaguardare la dignità dei Medici, che sono i primi e più efficaci cooperatori della attività dell'Associazione anche in tempo di pace.

Presane conoscenza, preghiamo i Colleghi di formulare in proposito un ordine del giorno e di trasmetterlo alla Presidenza della Federazione degli Ordini prima del prossimo Congresso (26-29 novembre) di essa Federazione.

Per i Colleghi membri del Comitato:

Novaro prof. Giacomo, senatore del Regno — Gnudi prof. Antonio — Francioni prof. Carlo — Melotti dott. Giulio — Boselli dott. Alfredo.

Il Consigliere Delegato al Personale: Dott. Gallo Quinto Galli.

L'Ordine di Modena e l'inchiesta Marchetti.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Modena, riunito il 14 ottobre 1921, per giudicare in merito alle risultanze dell'inchiesta del generale Marchetti, apparse sui giornali intorno all'eccidio del 26 settembre 1921 a Modena:

deplora innanzi tutto che il gen. Marchetti abbia lanciata un'accusa specifica contro la Classe dei Medici senza averne il diritto e la competenza e senza alcun fondamento di fatto;

protesta contro il procedimento da lui usato nel compiere la inchiesta omettendo di interrogare i Sanitarii, ciò che era tanto più doveroso se a lui appariva indecisione nel loro giudizio;

dichiara che tanto dalla pubblicazione sul giornale «La Gazzetta» quanto dalla relazione verbale del Medico ch'ebbe in cura le Guardie Regie ferite risulta che il medesimo adempì con piena coscienza al proprio dovere di sanitario e di perito;

riafferma la piena indipendenza della Classe Medica, la quale, al di sopra di ogni competizione di parte, pose sempre nell'esercizio della propria missione un altissimo sentimento del dovere e il massimo rispetto per la verità e la giustizia.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9099) *Soppressione di condotta piena - Pensioni - Collegio orfani sanitarii di Perugia.* — Dott. A. T. da C. S. A. — Nessuna legge ha mai dichiarato obbligatoria pei Comuni la spesa per la condotta piena. Essa è stata tollerata come mezzo per assicurare un buon servizio pei poveri. Però il Ministero dello Interno con recente circolare del 26 agosto 1919, n. 20400, obbligò i Comuni, ove fossero istituite, a sopprimerle senza altro. Il servizio interinale è valutato al solo effetto di abbreviare i termini per l'acquisto del diritto a pensione sempre quando si sia nel frattempo corrisposto alla Cassa il contributo prestabilito. All'interino non compete congedo annuale. Il contributo al Collegio di Perugia pel mantenimento degli orfani dei sanitarii con la legge del 4 ottobre 1920, n. 1476, fu fissato in lire 24 annue.

(9101) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. C. da M. — Se copre in codesto Comune un posto di condotta privo di titolare, ha diritto alla indennità caro-viveri dal 1° agosto 1919, epoca in cui ha assunto servizio a norma del D. L. del 9 marzo 1919, n. 338. In caso di oscitanza o di ritardo nel concederla da parte del Comune, Ella può, per ottenerla di ufficio, ricorrere alla G. P. A.

(9102) *Pensioni.* — Dott. Vidor. — Con la legge del 21 agosto 1921, n. 1144, furono modificati ed aggiunti parecchi articoli del R. decreto-legge del 23 ottobre 1919. Non fu, però, toccato affatto il disposto dello articolo 3 circa le indennità una volta tanto, che è rimasto tale e quale come era.

(9103) *Concorsi per la nomina a medico condotto.* — Dott. G. G. da C. S. P. — Quelli stabiliti dal R. D. 18 settembre 1919, n. 1825, sono titoli di preferenza da farsi valere a parità di merito. Se entrambi i concorrenti avessero ottenuto punti 30/30 avrebbe dovuto essere nominato Lei; ma avendo Ella ottenuto punti 29 in confronto all'altro che ne ha riportati 30 non ha motivo a dolersi perchè sia stato nominato quest'ultimo.

(9105) *Esercizio professionale all'Estero.* — Dottor N. d. A. da C. — Con la laurea conseguita in una Università italiana non è permesso esercitare la professione sanitaria in Albania, ove, molto probabilmente, or saranno di residenza altri medici italiani. È dubbio se esistano colà farmacie prettamente italiane, giacchè l'azienda farmaceutica è cosmopolita.

(9106) *Somministrazione di medicinali ai poveri.* — Dott. C. I. da C. — Il quesito da Lei proposto si trova completamente svolto a pag. 46 del Manuale del comm. Vigo: «*La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale*».

(9107) *Pensioni - Caro-viveri.* — Dott. C. P. da S. di L. — Il medico con 30 anni di servizio, non ostante l'interruzione di due anni per licenziamento può liquidare la pensione, se fu inscritto alla Cassa di Previdenza. Può iscriversi anche ora come medico anziano, ma occorre fare almeno altri dieci anni di servizio. Le condotte mediche sono ora tutte residenziali. Il medico libero esercente non ha facoltà di far pensionare il medico condotto, anche se egli nol voglia. La indennità caro-viveri dura fino a tutto l'esercizio finanziario posteriore alla conclusione della pace.

(9108) *Prelevamento ed esame di sostanza alimentare ritenuta guasta.* — Dott. G. B. da M. — Se l'agente della forza pubblica da Lei indicato nel quesito era ufficiale di polizia giudiziaria, ben poteva prelevare la sostanza alimentare ritenuta guasta, ma non poteva arrestare la presunta autrice della frode, tranne che nell'atto non siavi intervenuto oltraggio. Il magistrato si dovea attenere al responso dell'ufficiale sanitario, il quale è, fra l'altro, un funzionario governativo e merita, quindi, maggiore fiducia di un semplice libero esercente. Contro la sentenza emessa, si può produrre appello impugnandola appunto pel motivo di essersi

basata sulle attestazioni non ufficiali del libero esercente.

(9109) *Contributo cassa pensioni - Indennità caro-viveri.* — Dott. C. R. da M. C. — Per ottenere la cancellazione dal ruolo pei contributi della Cassa di previdenza, faccia analoga istanza e la diriga all'Ufficio provinciale sanitario. Agli effetti della indennità caro-viveri vanno computati nello stipendio anche gli aumenti sessennali precedentemente conseguiti. Di tal che Ella, avendo ora lire 11200, non ha diritto alla indennità stabilita dal D. L. del 9 marzo 1919, n. 338. Può ben aver diritto alla seconda indennità caro-viveri, perchè il decreto reale del 3 giugno 1920, che Ella dice già applicato costà, non fa, circa lo stipendio, limitazione di sorta.

(9111) *Elenco dei poveri - Obbligatorietà.* — Dottor C. D. P. da O. — Il Comune è obbligato a fare l'elenco dei poveri, non quello delle persone agiate. L'elenco che è stato approvato dalla autorità politica, è nullo. Notifichi un atto al Comune con cui dichiari di citarlo per danni se fra un termine, che ad esso assegnerà, non le comunicherà l'elenco dei poveri, redatto secondo le formalità prescritte dalla legge sanitaria. Per ora non riscuota compenso. Lo potrà fare, se mai, scaduti i termini della diffida.

(9112) *Esito del concorso per la nomina a medico condotto.* — Dott. D. C. da R. — La Prefettura non ha alcun obbligo di risponderle per farle conoscere l'esito di un concorso. Il Comune è obbligato a farlo e presso di esso Ella deve rinnovare a reiterare le richieste, scrivendo al Sindaco, anche con lettera con ricevuta di ritorno. Del resto la graduatoria dei concorrenti, che sarà servita di base alla nomina, se fu già fatta, è pubblicata all'albo pretorio della Prefettura e del Comune.

(9114) *Soppressione di condotta - Limite età per i concorsi.* — Dott. E. C. da A. — Alla prima parte del quesito che ora propone fu risposto fin dal 17 ottobre a pag. 1419 del fasc. 42 sotto il N. 9069. Alla seconda parte rispondiamo ora dicendole che il medico interino può essere ammesso a qualsiasi concorso, malgrado avesse sorpassato il limite d'età.

(9115) *Trasferimento di un sanitario da una condotta ad un'altra.* — Dott. F. D'A. da R. M. — La questione da Lei esposta nel quesito si trova ampiamente trattata nel volume del comm. Vigo: «La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale», a pag. 41 e seguenti.

(9116) *Armadio farmaceutico.* — Dott. A. P. da F., abbonato 8668. — Nello armadio farmaceutico si possono tenere i farmaci e le specialità da Lei indicate.

(9117) *Servizio ostetrico.* — Dott. abbonato 14123. — Potrebbe impedire l'esercizio della professione alla empirica, ma converrebbe provvedere prima al riordinamento ed organizzazione di un regolare servizio.

(9118) *Medici ferroviarii.* — Dott. R. A. da R. C. — Certamente produce un danno professionale il ritardo nell'applicazione del regolamento ferroviario circa il licenziamento dei medici di reparto, che hanno compiuto i 65 anni di età. Ma si provvederà sollecitamente.

(9120) *Tassa valore locativo.* — Dott. L. B. da V. — Dal momento che si ha l'alloggio gratuito da parte del Comune non si è obbligati a pagare la tassa sul valore locativo.

(9121) *Tassa bestiame.* — Dott. L. V. da T. — Il cavallo non va compreso nel ruolo della tassa bestiame, ma bensì nell'altra sulle bestie da tiro, sella e soma. Se tale tassa non è istituita, il cavallo va esente da ogni tassazione.

(9122) *Indennità caro-viveri.* — Dott. M. R. da T. — Per il primo caro-viveri alla moglie non compete indennità suppletiva. Pel secondo sì. Per le figlie, lontane dalla casa paterna per ragione di studio, occorre provare tale estremo con certificati di Capi di Istituto, giusta quanto prescrivono le istruzioni emanate dal Ministero dell'Interno in data 20 febbraio 1921, n. 5000-60. Cessando da medico condotto si cessa del pari di essere iscritto alla Cassa. Gli anni di servizio già fatti restano inutilizzati, sempre quando non si riprenda la carriera del medico condotto. Gli anni passati sotto le armi contano per quello che sono effettivamente. Per aver la pensione occorre avere 25 anni di servizio.

(9123) *Inscrizione Ordine sanitarii.* — Dott. O. C. da N. — Inscrivendosi il farmacista all'Ordine dei sanitarii, deve pagare di nuovo la tassa di concessione professionale.

(9124) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. B. da T. — All'ufficiale sanitario compete la indennità caro-viveri, come si deduce dalla circolare del Ministero dell'Interno del 10 ottobre 1919, n. 20400-1.

(9125) *Ricchezza mobile - Cura piena e residenziale.* — Dott. R. O. da C. d'O. — Con l'aumento dello stipendio ottenuto nello scorso maggio si fissarono nuove norme di servizio e si credette, fra l'altro, di far cessare un pagamento di tasse non di competenza comunale. La R. M. deve esser pagata dal percipiente dello stipendio, non dal concedente di esso, che, per di più, da nessun atto si rileva che ai medici condotti si voglia o si sia voluto corrispondere lo stipendio al netto della R. M. Se in luogo della cura residenziale esercita anche la condotta piena, ha diritto o di farsi pagare dagli abbienti o dal Comune. Per il primo caro-viveri alla moglie non spetta nulla. Pel secondo compete l'indennità di cent. 85 al giorno, a prescindere dalla condizione di convivenza e di carico.

(9126) *Tassa focatico.* — Dott. G. M. N. da P. — Se non dimora nel Comune d'origine deve pagare la tassa focatico solamente nel Comune ove ha la residenza abituale.

(9127) *Concorso - Morte di un concorrente.* — Dott. G. R. da T. — Per l'art. 92 del Regolamento del 17 agosto 1907, n. 642, la morte di una delle parti non sospende la procedura del ricorso innanzi alla IV Sezione del Consiglio di Stato. Il Consiglio comunale non può, per conseguenza, bandire ancora alcun nuovo concorso.

Doctor JUSTITIA.

ERRATUM. — Nel fasc. 44, a pag. 1489, col. sin., linea 12, leggere «Associazione».

CONCORSI.

AGAZZANO (*Piacenza*). — A tutto il 20 nov.; abitanti 3606, L. 6500, oltre L. 3000 per i primi 1000 pov., L. 2.50 ogni povero del 2° migliaio; 5 quadrienni del decimo; 2 caro-viv.; L. 3000 cavalc. oltre L. 2000 caro-viv. cavallo; per uff. san. lire 500 fino a 3000 ab., L. 50 ogni 1000 abit. in più o frazione; per ambul. L. 400. Età-limite 45. Servizio entro 15 giorni.

ALBINO (*Bergamo*). — Capoluogo, L. 6500, oltre 250 ogni centinaio di poveri sopra 1000, L. 350 sopra 2000, quattro quinquenni del decimo, caro-viv. secondo legge, L. 1000 per uff. san., Ospedale, Ferr., Tram. Scade 30 novembre.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore*. — Primario 1ª Sezione medica; titoli; L. 5000 oltre caro-viv. (lire 1200 per ammogliati, L. 780 per celibi), netti. Docum. al Protocollo Consiglio d'Ammin. Istituti Ospitalieri entro ore 15 del 30 nov. È permesso il libero esercizio professionale e l'esercizio di case di salute. Durata nomina un ventennio. Esercizio clinico od ospedaliero triennale ininterrotto. Laurea da cinque anni. Chiedere annunzio.

CETONA (*Siena*). — Scad. 15 dic.; 3ª cond.; L. 7500 e 8 trienni ventesimo, L. 3500 mezzo trasp., doppio c.-v. in L. 2400 e indennità suppletiva di L. 300 per ogni pers. convivente a carico; L. 500 se i poveri supereranno 1500.

COTTANELLO (*Perugia*). — Al 10 nov.; L. 6000, caro-viv., per cavalc. L. 1800. Chiedere annunzio.

FARNESE (*Roma*). — Scad. 26 nov.; L. 7000 per 2000 pov., quota supplement. L. 1.50; cinque quadrienni decimo. Servizio entro 15 giorni. Chiedere annunzio. Ab. 3107; ospedale; farmacia, acqua; illum. elettr.

FUBINE (*Alessandria*). — Scad. 30 nov.; due condotte: L. 4000 oltre L. 500 indenn. trasp., L. 700 uff. san., 3 quinquenni decimo, 2 c.-v. Assunzione servizio 1° gennaio.

GENOVA. *Municipio*. — 4 condotte; titoli ed esame; L. 7000 e 10 bienni di L. 375 e uno di L. 250; 2 caro-viveri. Docum. alla Segreteria non oltre le ore 16 del 20 dicembre. Esercizio professionale triennale. Età-limite 35. Chiedere annunzio.

GORNO (*Bergamo*). — Consorzio con Oneta; a tutto il 15 nov.; ab. 2554; montagna; Kmq. 12; lire 6500, oltre L. 250 ogni 100 poveri sopra il migliaio; 4 quinquenni del decimo; due caro-viv.; L. 500 per uff. san.; indennità varie L. 2000.

LUCCA. — Scad. 25 nov.; 10° circondario rurale; L. 6000 e 5 quinquenni decimo, due c.-v., L. 1000 mezzi trasp.

MIGGIANO (*Lecce*). — Scad. 30 nov.; L. 5000 per 1500 pov., addizion. L. 5 fino a 2000; c.-v.

MONTEGRIGNANO (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 20 nov.; L. 6500 e 5 quadrienni del decimo, L. 3000 cavalc., L. 600 uff. san.

NOLI (*Genova*) — Al 30 nov.; L. 4000 e tre quinquenni del decimo; due caro-viv.; L. 200 quale uff. san. Abit. 2250. Servizio «appena nominato e legalmente notificato».

PIETRALUNGA (*Umbria*). — 2ª cond.; L. 6000 oltre L. 2000 disag. resid., L. 2400 caro-viv., L. 260 se uff. san. Servizio entro 15 giorni. A tutto 30 dic. Chiedere annunzio.

RAVENNA. — A tutto 25 nov., condotte 16ª e 17ª. Età-limite 45 anni. L. 7500 e 10 bienni ventesimo; due c.-v.; L. 2000 per cavallo od autoveicolo. Servizio entro 20 giorni. Chiedere annunzio.

SAN BENEDETTO DEL TRONTO (*Ascoli Piceno*). — A tutto il 30 nov., condotta chirurgica; L. 7000 residenziali; L. 1000 per la cura fino a 3000 pov.; 10 bienni dei ventesimo. Chiedere annunzio.

SANTARCANGELO (*Forlì*). — Al 30 nov. (ore 17); medico primario del Capoluogo e dell'Ospedale Civile; ab. 3000 di cui circa 500 pov.; L. 10,000, più L. 500 indennità vettura per visite consultive ai poveri del forese; dieci bienni del ventesimo; doppio caro-viv. Chiedere annunzio.

SANTARCANGELO (*Forlì*). — Due condotte; L. 8000, oltre L. 2500 per cavalc.; 10 bienni del ventesimo; 2 caro-viv.; L. 2 ogni pov. in più di 1000. Chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 30 novembre.

SAVIANO (*Caserta*). — A tutto il 15 nov. L. 6000 oltre l'indennità caro-viveri come per legge.

SEDICO (*Belluno*). — A tutto il 15 nov.; L. 6000 fino a 1000 pov.; per ogni altri 100 poveri o frazione non inferiore a 50, L. 2 ciascuno; indennità trasporto (cavallo e vett. L. 3500, autoveic. L. 1800, altri mezzi L. 1000); se uff. san. L. 700; caro-viv. Abit. 7000.

TRIVIGLIANO UDINESE (*Udine*). — Ab. 5658; L. 6000 e 3 quinquenni del decimo; addizion. L. 1.50 sopra i 1000 pov.; uff. san. L. 500; trasp. (senza cavallo) L. 1000. Scad. 10 novembre.

Medico-chirurgo ventottenne, laureato da quattro anni, diploma ufficiale sanitario, perfezionamento Clinica ostetrico-ginecologica, assistente tre anni in importante Ospedale Civile, Reparto Chirurgico, fornito armamentario chirurgico completo, cerca buon interinato mesi novembre-dicembre ed oltre: Piemonte, Liguria, Lombardia, preferibilmente Emilia. Scrivere: dott. Tito Lucri, Sarzana (Genova).

PARMA. *Fondazione «Francesco Bottini»*. — È aperto il concorso per l'anno scolastico 1921-22 ad una borsa di studio allo scopo di mantenere un laureando nativo di Parma in qualche centro di istruzione e di perfezionamento. La borsa, dell'importo di L. 2951, sarà versata in tre rate uguali (1° novembre, 1° febbraio, 1° maggio) a cura della Commissione esaminatrice. La domanda di concorso, su carta bollata, dev'essere indirizzata al Rettore della R. Università. È indispensabile essere nati a Parma. Per maggiori schiarimenti rivolgersi al Direttore di Segreteria.

PARIGI. *Premio Franco-Italiano della Società dei Chirurghi (fondazione Garibaldi)*. — Questo premio di 1000 franchi in contanti, sarà assegnato nel gennaio 1922 al migliore lavoro inedito o pubblicato anteriormente (ma non ancora ricompensato) sulla Chirurgia di guerra, che sarà stato indirizzato in

modo speciale alla Società in vista di detto concorso.

Potrà essere assegnato ad un autore francese od italiano.

Ogni lavoro presentato dovrà essere stampato o dattilografato in due esemplari, ed indirizzato al Segretario generale della Société des Chirurgiens de Paris, 44 rue de Rennes, Parigi (VII), entro il 1° dicembre 1921.

Diffide e boicottaggi.

La sezione Camuna dell'A. N. M. C. proclama il boicottaggio dei colleghi presentatisi al concorso diffidato di Borno; agli effetti di esso il medico eletto viene radiato dall'Associazione e non verrà prestata alcuna supplenza tranne nei casi della massima urgenza e con la tariffa di guerra.

Revoca di diffide: Bagni di Lucca (Lucca), Massimo-Nebbiuno-Forseno (Novara), Montemarciano (Ancona).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Giovanni Cagnetto, Direttore dell'Istituto Anatomico dell'Ospedale Civile di Venezia, è nominato titolare di Anatomia patologica alla R. Università di Sassari; assume la carica nell'attuale anno accademico.

Il dott. Mario Flamini, allievo del prof. Concetti ed ora medico nel nostro Brefotrofio Provinciale e Direttore della Scuola di Assistenza all'infanzia, ha ottenuto la libera docenza per titoli in clinica pediatrica. Egli è autore di molte e importanti pubblicazioni di pediatria, fra le quali il « Manuale di Clinica Pediatrica », pubblicato a cura del nostro giornale.

All'egregio professore inviamo le più sincere congratulazioni.

La Commissione esaminatrice del concorso al posto di direttore del Sanatorium di Salsomaggiore ha proposto il prof. dott. Guido Lorenzani, aiuto alla Clinica medica generale di Parma, libero docente di Medicina interna. La Commissione era così costituita: prof. Bertino, presidente; professori Gabbi, Gardenghi, Oliari, membri; professor Camisa, segretario.

La dispensa 65 del 21 ottobre 1921 del Bollettino militare conferisce al dott. G. Apicella, medico condotto di Domegge, una medaglia di bronzo al valore.

IGIENE SOCIALE.

Per la profilassi delle malattie nervose e mentali.

Alla 5ª Riunione della Società Italiana di Neurologia, tenutasi a Firenze, il prof. Ettore Levi, fondatore dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, comunicò che l'Istituto era stato da più mesi officiato dalla Lega di Igiene Mentale Francese a fare opera che un analogo movimento di profilassi delle malattie nervose e mentali si iniziasse in Italia.

A tal fine il prof. Levi, dopo aver esposto brevemente le finalità di tale opera di studio e di propaganda, ed aver dimostrato l'opportunità che la Società Italiana di Neurologia si interessi a tali problemi pratici, offre a questa la collaborazione fattiva dell'Istituto Italiano di Igiene, che si propone di dare la massima diffusione a quelle ricerche ed a quelle opere di propaganda che la Società Italiana di Neurologia farà eseguire ai suoi Membri, all'uopo designati.

Il presidente prof. Tanzi ha espresso il suo plauso senza riserve all'iniziativa dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, ed ha proposto alla Società di Neurologia:

1° di accettare la proposta della Società d'Igiene Mentale Francese e di iniziare un'azione in questo senso in Italia;

2° di nominare una Commissione di tre Membri: senatore prof. Leonardo Bianchi, prof. Lugaro, prof. Cerletti, incaricati di preparare gli opportuni documenti di propaganda per iniziare una efficace campagna di lotta contro il gozzo-cretinismo, che infesta le nostre splendide valli alpine;

3° di affidare all'Istituto Italiano d'Igiene, e per esso al prof. Levi, il compito di mettersi d'accordo coi suddetti Commissari affinchè tali documenti risultino di pratica efficienza, e di realizzarne la diffusione coi propri mezzi, al fine di stimolare i Poteri Centrali e l'opinione pubblica locale e generale in rapporto a questo grave problema di salute pubblica.

La Società Italiana di Neurologia ha accettato all'unanimità i suddetti tre voti: per cui l'Istituto Italiano d'Igiene curerà immediatamente, d'accordo con i prescelti Commissari, la pronta realizzazione di tale felice iniziativa.

Per la profilassi orale.

Il X Congresso di Stomatologia tenutosi recentemente a Trieste ha, con unanime deliberazione, accettato la proposta dell'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, fondato dal prof. Ettore Levi, di iniziare in Italia una vasta azione di propaganda igienica specialmente nelle scuole, dove assai utilmente potrebbe esercitarsi una tempestiva profilassi delle malattie dentarie e del cavo orale.

Il Presidente della Federazione Stomatologica Italiana, prof. Bellinzona, ha comunicato al professor Levi la deliberazione del Congresso, che ha portato alla nomina di una Commissione di tre specialisti odontoiatri (prof. Arturo Beretta, ordinario di Odontoiatria nella R. Università di Bologna; prof. Arlotta, direttore del giornale « Stomatologia », e dott. Beniamino De Vecchis, di Napoli), i quali, d'accordo con la Direzione dell'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, studieranno le modalità più pratiche per realizzare i suddetti benefici fini di propaganda.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione Italiana per l' Igiene.

Come abbiamo a suo tempo annunziato, gli igienisti d'Italia, riuniti a Congresso Nazionale a Trento nel maggio u. s., deliberarono di trasformare l'esistente Federazione del personale addetto alla Vigilanza Igienica in *Associazione Italiana per l'Igiene*, col proposito che tale Associazione, con la partecipazione non solo dei cultori ed amici dell'Igiene, ma anche delle Organizzazioni, dei Comuni, degli Enti ed Istituti che si interessano ai problemi dell'Igiene, abbia a costituire l'organo maggiore di propulsione per il progresso igienico del Paese e per l'incremento della coscienza igienica popolare.

Nello stesso convegno fu approvato il nuovo Statuto ed eletto il 1° Consiglio direttivo con l'incarico di organizzare l'Associazione, costituire il Consiglio generale ed iniziare senz'altro lo svolgimento del programma d'azione.

Chi desidera avere copia dello Statuto approvato e chi intende inscriversi si rivolga al Segretario dott. G. Palomba, via Vittorio Veneto, 96, Roma (25).

Per l'iscrizione inviare, a mezzo di cartolina-vaglia, la quota di L. 10 coll'indicazione delle complete generalità (cognome, nome, titoli, qualifica, domicilio, ecc.).

Corsi di perfezionamento in Pediatria.

Nel corrente anno scolastico 1921-22 avranno luogo presso la Clinica dei bambini della R. Università di Roma, al Policlinico Umberto I, due corsi di perfezionamento per laureati in medicina e chirurgia.

I corsi saranno iniziati l'uno col 1° dicembre 1921, l'altro col 1° marzo 1922.

Saranno impartiti i seguenti insegnamenti:

1° Lezioni cliniche (prof. Luzzatti); 2° Malattie infettive e dei neonati (professor Modigliani); 3° Puericultura ed igiene infantile (prof. De Villa); 4° Semeiotica infantile ed esercitazioni di laboratorio (proff. Santangelo, Genoese e Sironi).

Per essere ammessi si deve fare domanda in carta da bollo da L. 1.15 al Rettore dell'Università non più tardi del 25 novembre 1921 per il primo corso e 25 febbraio 1922 per il secondo, corredata da: *a*) fede di nascita legalizzata dal Presidente del Tribunale; *b*) diploma o certificato di laurea (anche di Università estere); *c*) quietanza di L. 200.20 rilasciata dall'Economo.

Si dovranno pure versare alla Cassa Universitaria L. 79.10 per sopratassa, indennità, marche da bollo, e per ritirare il diploma che sarà rilasciato a coloro che avranno superata la prova di esame gli interessati dovranno presentare domanda in carta da L. 1.15 e versare L. 10.80 alla Cassa Universitaria.

Per un Sanatorio antitubercolare emiliano.

Il 19 ottobre in un'aula dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Parma si riunirono i rappresentanti di vari Enti delle Provincie di Parma, Modena, Reggio e Piacenza, con l'adesione dei minorati di guerra e dei combattenti.

Dopo ampia ed elevata discussione in rapporto alla costituzione di un Sanatorio Emiliano, il Convegno, deciso a superare comunque le difficoltà dell'impresa, riconoscendo una tale opera sociale assolutamente indispensabile ed urgente, procedette, su proposta del prof. Valente, alla nomina di una commissione composta dei Medici provinciali e dei Rappresentanti delle varie Provincie, per la formazione nel più breve tempo possibile di un regolamento per costituire i varii Consorzi provinciali, onde procedere subito alla creazione di un Consorzio per la fondazione del Sanatorio interprovinciale in sede da stabilire.

La Colonia-Scuola "Antonio Marro„

Le condizioni eccezionali di questi ultimi anni avevano disorganizzato e fatto trascurare l'assistenza sociale dei fanciulli deficenti ed anormali. Basti accennare al rapido tramonto dell'«Istituto Medico-pedagogico Emiliano» che aveva avuto un inizio pieno di promesse e raggiunto un notevole sviluppo.

Fortunata coincidenza di persone, di ambiente, di mezzi ha permesso che presso l'Istituto Psichiatrico di Reggio Emilia sorgesse di recente la Colonia-Scuola «Antonio Marro».

Ideata dal direttore dell'Istituto, prof. Guicciardi, che ne tracciò gli scopi, ne diresse i lavori, ne stabilì l'organizzazione, ne curò tutti i particolari, ebbe dall'on. Amministrazione ogni appoggio e fu favorevolmente accolta dalle provincie Emiliane.

La Colonia-Scuola venne inaugurata il 15 giugno u. s.: i piccoli ospiti provenivano per la maggior parte dalle varie sezioni dell'Istituto, per una piccola parte dall'esterno.

La dott.ª Maria Bertolani del Rio, cui l'Istituzione venne affidata, espone sulla «Rivista Sperimentale di Freniatria» il funzionamento di essa durante il primo quadrimestre. Gli ospiti attuali sono in numero di 24 e precisamente 14 maschi e 10 femmine.

Se è lecito trarre dall'inizio auspicî per l'avvenire, non si può non nutrire le migliori speranze per la vitalità e lo sviluppo dell'opera intrapresa.

Per l' Istituto siero-vaccinogeno di Merka.

Il prof. Alessandro Lanfranchi, direttore della Clinica medica veterinaria di Bologna, è stato incaricato dal Ministero delle Colonie di una missione nella Somalia, ove egli studierà i provvedimenti per un migliore assetto da dare all'Istituto siero-vaccinogeno di Merka.

Per la Clinica per le malattie del Lavoro a Napoli.

La ditta Wassermann ha assegnato il solito contributo annuo di L. 5000 alla Clinica delle Malattie del Lavoro di Napoli — sapientemente diretta dall'illustre prof. Luigi Ferrannini — a titolo di incoraggiamento.

L'atto munifico merita una parola di plauso.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Annali di Clinica Medica, 15 luglio. — U. LOMBROSO. Sul metabolismo dei grassi.

Annali di Ostetricia e Ginecologia, 31 agosto. — P. PERAZZI. Azione batteriolitica dei lochi.

Le Medicina Ibera, 27 agosto. — G. MARANON. Il fattore emozionale nella patogenesi degli stati ipertiroidei.

Revue de Médecine, n. 6. — G. TRUNUK. L'ipertensione vascolare.

Presse Médicale, 27 agosto. — A. GODLEWSKI. Carenza parziale e prescorbuto.

Riforma Medica, 27 agosto. — P. A. MEINERI. Tecnica e risultati della reazione di Sachs-Georgi in dermosifilopatia.

Revue de Médecine, n. 6. — G. TRUNCEK. L'ipertensione vascolare.

The British Journal of Children's Diseases, luglio-sett. — W. MCKIM MARRIOTH. Il metabolismo anormale dell'infanzia.

Pensiero Medico, 10 sett. — E. MARAGLIANO. Lezione di chiusura.

Journal de Médecine de Paris, 10 sett. — M. LABBÉ e H. BITH. Esame e sorveglianza di un epatico. — BARBARY. Gli eteri del balsamo del Perù.

Lo Sperimentale, IV-V. — A. LUSTIG e A. FRANCHETTI. Studi e osservazioni sulla pellagra; relazione. — S. MENGHETTI. Sull'emostasia del rene per trombosi extravasale. — A. AMATO. Vaccinazione anticarbonchiosa con spore protette. — I. CAPPELLI. Linfodermie.

Medical Record, 27 agosto. — G. LEVEN. Le malattie viste attraverso la terapia. — S. W. BOORSTEIN. I metodi ortopedici nei casi neuropatologici.

Il Lavoro, 31 agosto. — L. DEVOTO. Per la soppressione definitiva del saturnismo professionale.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 9 sett. — J. E. KAYSER-PETERSEN. Considerazioni storiche sulla questione dell'encefalite influenzale e dell'encefalite epidemica. — S. BERGEL. I linfociti nella sifilide e la reazione di Wassermann. — D. GERHARDT. Il giudizio sui vizi valvolari.

Journal des Praticiens, 10 sett. — A. CANTONNET. Esame e semiotica pratica della pupilla.

Proceedings of the R. Society of Medicine, sett. — Sul pneumotorace artificiale: discuss. — Paralisi oculari: discuss. — Casistica varia.

La Radiologia Medica, sett. — E. MILANI e C. DONATI. Azione antibatterica delle radiazioni secondarie.

Gazette des Hôpitaux, 17 sett. — R. PORAK. Gli estratti ipofisari ipotensori.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 4 agosto. — P. LEREBOULLET, P.-L. MARIE e BRIZARD. La reazione di Schick nel morbillo. — P. SAINTON, E. SCHULMANN e JUSTIN BESANÇON. Glicemia e iperglicemia provocata nel gozzo esoftalmico.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 11 agosto. — P. PARONA. La crasi sanguigna in rapporto al sistema autonomo.

L'Ospedale Maggiore, 31 agosto. — A. MAJOCCHI. Le stenosi ileo-coliche da posizione e la loro diagnosi.

American Medicine, agosto. — H. LAVESON. La concezione moderna delle psiconeurosi.

Acta Medica Scandinava, IV. — C. MÜLLER. La pressione sanguigna del dormiente.

Wiener Klinische Wochenschrift, 8 sett. — J. PAL. Composto acqua solubile del benzile quale sostituto della papaverina.

Berliner Klinische Wochenschrift, 19 sett. — R. JAKSCH-WARTENHORST. Compiti della lotta antitubercolare.

The Journal of the American Medical Association, 3 sett. — C. E. EMERSON. L'elemento acuto nelle nefropatie croniche. — J. A. KOLMER. Campionamento della Wassermann.

Medical Record, 3 sett. — E. H. P. WARD. Azione della tiroide e la febbre.

The Journal of the Am. Medical Assoc., 10 sett. — W. H. MANWARING. Reazioni renali ed epatiche all'anafilassi. — C. F. CRAIG. Sulla produzione dei «portatori».

La Presse Médicale, 17 sett. — L. REVERCHON, G. WORMS e ROUQUIER. Lesioni traumatiche dell'ipofisi e paralisi multiple dei nervi cranici. — M. GIRAUD, G. GIRAUD e G. PARÈS. La crisi emoclasica nelle irradiazioni profonde.

Wiener Klinische Wochenschrift, 22 sett. — E. WEIL, F. BREINL e T. GRUSCHKA. Infezione e immunità sperimentali da tifo esantematico.

The Lancet, 24 sett. — M. FLACK. Efficienza respiratoria in rapporto allo stato di salute e di malattia.

Centralblatt für Chirurgie, 24 sett. — G. LOTHEISSEN. Sui pericoli del cloruro d'etile. — H. BRÜH. Operazione radicale o conservativa nell'ulcera libera perforata dello stomaco e del duodeno. — L. ISNARDI. Trattamento operativo del varicocele senza ledere i deferenti o lo scroto.

La Presse Médicale, 24 sett. — M. LABBÉ e J. HAGUENAU. Sensibilizzazione e desensibilizzazione all'antipirina. — P. VALLERY-RADOT, J. HAGUENAU e A. WATELET. Origine anafilattica di certe idrorree nasali.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

Pubblicazioni pei signori abbonati al "POLICLINICO,,:

Dott. MARIO FLAMINI

Medico nel Brefotrofio Provinciale, già assistente alla R. Clinica Pediatrica dell'Università di Roma, Direttore della Scuola di Assistenza all'Infanzia.

Manuale di Pediatria Pratica

(Seconda edizione)

Volume in-8°, di pag. VIII-352, corredato di una estesa POSOLOGIA INFANTILE e con 74 figure intercalate nel testo — In commercio L. **20,** ma per gli associati al «Policlinico» sole

L. 15.50

franco di porto e raccomandato.

Prof. ALFREDO RUBINO

Semiotica Medica

(3ª edizione completamente rifatta ed arricchita di nuovi capitoli e di nuove figure esplicative).

SOMMARIO: **Parte generale. - Esame generale dell'ammalato.** - Parte speciale: **Esame dell'apparato respiratorio. - Esame dell'apparato cardio-vascolare. - Esame degli organi addominali. - Esame del sistema nervoso. - Compendio di chimica e microscopia clinica. - Indice alfabetico.**

Un volume in-16, elegantemente rilegato in piena tela, di pagine XV-633. In commercio **L. 15** più le spese postali di spedizione e di imballaggio.

Per gli abbonati al «Policlinico» sole **L. 14.60 franco di porto**

DOTT. C. MUZIO

IL MEDICO PRATICO

5ª Ediz., completamente rifatta ed ampliata, in XIX capitoli.

I. Stati morbosi che minacciano la vita. Soccorsi urgenti. — II. Malattie più comuni. — III. Epidemie e disinfezioni. — IV. Ricordi di Semeiotica. — V. Esame clinico. — VI. Traumatologia. — VII. Ostetricia. — VIII. Pediatria. — IX. Oculistica. — X. Oto-rino-laringoiatria. — XI. Malattie della bocca e dei denti. — XII. Dermopatie. Infezioni sessuali. — XIII. Terapia fisica. — XIV. Siero-opoterapia. — XV. Alimenti e regimi dietetici. — XVI. Farmacologia. — XVII. Necroscopia. — XVIII. Cibi e bevande. — XIX. Convenzionale nomenclatura clinica di morbi, segni, leggi, sindromi.

Un volume in formato tascabile di pag. XII-978, con 11 tavole, elegantemente rilegato L. **28,** *più le spese postali di spedizione ed imballaggio.*

Per i nostri associati sole L. **27.45** in porto franco e raccomandato.

Prof. Dott. E. TROMBETTA

Medicina d'Urgenza

(Vade-mecum diagnostico-terapeutico e formulario ragionato ad uso dei medici pratici).

2ª edizione interamente rifatta a cura del Dott. C. Trombetta di Edmondo.

SOMMARIO: Avvelenamento. Intossicazioni endogene acute. - Infezioni acute. - Assideramento. - Folgorazione. - Insolazione e colpo di calore. - Sistema nervoso centrale e periferico. - Apparecchio circolatorio. - Apparecchio respiratorio. - Apparecchio digerente. - Apparecchio genito-orinario. - Terapia del dolore. - Indice alfabetico delle materie.

Un volume in-16 (formato tascabile), elegantemente rilegato in tela, di pagine XIV-645.

In commercio **L. 18** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per gli abbonati al «Policlinico» sole **L. 17.25** franco di porto e raccomandato.

"MEDICAMENTA,,

Guida teorico-pratica per Sanitari

(edizione ristampa 1914-1920)

INDICE SINTETICO: I. Nozioni preliminari. — II. Norme di farmacia pratica. — III. Dizionario dei medicamenti. — IV. Farmacia galenica. — V. Analisi chimica. — VI. Medicamenti iniettabili. — VII. Organoterapia e opoterapia. — VIII. Sieroterapia. — IX. Vaccini e vaccino-terapia. — X Terapia bacterica. — XI. Virus. — XII. Terapia alimentare. — XIII. Nozioni di terapia fisica. — XIV. Acque minerali. — XV. Disinfettanti. Disinfezioni. — XVI. Avvelenamenti — XVII. Soccorsi d'urgenza. — XVIII. Note di veterinaria. — XIX. Le ricerche cliniche più comuni. — *Appendice - Bibliografia - Indice generale - Indice degli autori.*

Un volume formato tascabile, di pagg. XXXVI-2016, elegantemente rilegato in piena tela. In vendita presso le Librerie, L. **35.** Pei nostri abbonati sole L. **31.90** franco di porto e raccomandato.

Dott. Prof. ARTURO MORSELLI

Libero docente di Clinica delle malattie mentali nella R. Università di Genova

Manuale di Psichiatria

ad uso dei medici e degli studenti.

(2ª edizione riveduta ed ampliata)

INDICE ANALITICO. — Parte prima: **Patologia e Terapia delle malattie mentali.** - Cap. I. Etiologia. - Cap. II. Patogenesi e Anatomia Patologica. - Cap. III. Sintomatologia. - Cap. IV. Decorso e Prognosi. - Cap. V. Terapia generale. — Parte seconda: **Diagnostica e Semejotica** (Esame dell'alienato). - Cap. I. Diagnosi generale. - Cap. II. Semejotica generale. - Cap. III. Delle perizie. — Parte terza: **Patologia e Terapia speciale delle malattie mentali.** - Gruppo I. Psicopatie degenerative. - Gruppo II. Psicosi costituzionali. - **Gruppo III.** Psiconeurosi. - Gruppo IV. Psicopatie e psicosi da intossicazioni endogene. - Gruppo V. Psicosi da tossi-infezioni acute o croniche. - Gruppo VI. Psicopatie da intossicazioni esogene. - Gruppo VII. Psicopatie da Senescenza. - Gruppo VIII. Psicopatie da malattie organiche del sistema nervoso.

Un volume in-16, di pag. XIX-632, con 34 figure nel testo, elegantemente rilegato in piena tela. In commercio L. 33, compreso l'aumento del 10 % per le spese postali di spedizione e di imballaggio. Pei nostri abbonati sole **L. 30.90** franco di porto e raccomandato.

Prof. Dott. C. P. GOGGIA

docente di Patologia Medica nella R. Università di Genova

Quesiti di Diagnostica e di Clinica Medica

ad uso degli studenti e dei medici pratici.

Risposte sommarie ai più frequenti quesiti di Semeiologia e Diagnostica medica che si presentano nella pratica giornaliera al letto degli ammalati.

(2ª edizione riveduta ed ampliata)

SOMMARIO. — Parte prima: **Quesiti generali di Semeiologia e Diagnostica medica.** — Parte seconda: **Quesiti di Laboratorio per la Diagnostica medica.** Parte terza: **Quesiti speciali di Diagnostica e Clinica medica.**

Un volume in-16, di pag. X-540, con 84 figure nel testo, elegantemente rilegato in piena tela. In commercio L. 28 più le spese pstali di spedizione e di imballaggio. Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. 27.25 franco di porto e raccomandato.

Per ottenere quanto sopra inviare Cartolina-Vaglia al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA

Agli associati del "Policlinico,, offriamo altresì:

Recentissime pubblicazioni:

Dott. Prof. ERIBERTO AIEVOLI
Libero docente di Patologia, Clinica e Semeiotica Chirurgica nella R. Università di Napoli

Quesiti di Patologia Clinica e Terapia Chirurgica

ad uso di Studenti e Medici pratici

468 Risposte illustrate da 300 figure

INDICE SISTEMATICO: Quesiti sui processi chirurgici microbici-infiammativi; Quesiti sulle lesioni traumatiche; Quesiti sulle Ernie; Occlusioni interne; Appendicite; Quesiti sui tumori; Quesiti sulle distrofie e le deformità; Quesiti complementari; Quesiti di fisio-patologia chirurgica; Quesiti di fisio-terapia; Avvelenamenti e pronto soccorso.

Un volume in 16° grande, di pagine VI-426, elegantemente rilegato in piena tela, L. 28 più le spese postali di spedizione ed imballaggio. - Per gli abbonati al "POLICLINICO,, sole L. 27,25 franco di porto e raccomandato.

Prof. ROSARIO CASCINO, Docente di Medicina Operatoria nella R. Università di Palermo

CHIRURGIA DEL GROSSO INTESTINO

ESCLUSO IL RETTO

Questo bel libro viene a ricolmare una lacuna della Chirurgia Italiana. Con ordine ed esattezza vi è riunito tutto quanto in Italia ed all'Estero è stato scritto sul difficile argomento.

Il lavoro è diviso in tre parti:

1° Una parte generale, utilissima trattazione, in cui, dopo la storia, l'anatomia e la fisiologia del grosso intestino, l'A. rivede tutta la patologia e tratta la tecnica generale.

2° Una parte speciale ch'è esclusivamente tecnica e rivede tutte le operazioni possibili sul grosso intestino e per ciascuna operazione i vari processi.

3° Un contributo sperimentale personale che spinge gli studiosi a nuove ricerche ed i di cui risultati hanno fatto lanciare all'A. l'idea di un nuovo processo d'applicarsi alle esclusioni.

Ciascuna parte oltre alla ricca dotazione icronografica è completata da una estesa ed ordinatissima bibliografia.

Un volume in-8 di 606 pag., con 50 figure e 18 tavole, prezzo L. 40 - Per i nostri abbonati sole L. 34 franco di porto e raccomandato.

Dott. ALESSANDRO PENNISI, Libero docente di Patologia Speciale Chirurgica. - Chirurgo aiuto negli Ospedali di Roma.

Trapianti di tessuto adiposo a scopo chirurgico.

SOMMARIO: Trapianti di tessuto adiposo per la cosmesi del viso, del seno, dello scroto - per la cura delle ernie - nelle perdite di sostanza durali e duro-cerebrali con e senza plastica ossea - per l'emostasi degli organi parenchimatosi - per l'obliterazione di cavità ossee - nelle artroplastiche ed osteolisi - perivasali, peritendinei e perinervei - nella collassoterapia polmonare (pleuro-pneumolisi) e cavità toraciche.

Questi argomenti sono trattati in singoli capitoli con l'esposizione di tutto quanto fin'ora è stato fatto clinicamente e sperimentalmente in questo importante ramo della chirurgia plastica mettendolo a paragone con altre plastiche adoperate e dandone la tecnica generale e speciale. Il lavoro è corredato da numerose osservazioni cliniche originali e da un ampio studio sperimentale su questi trapianti a scopo chirurgico e sul destino in seno ai tessuti ospiti.

Un volume in-8 grande di pag. 408 con 16 fig originali in fototipia e tricromia in 5 tavole e altre 7 figure nel testo L. **40.**
Per i nostri Abbonati sole L. **34** franco di porto e raccomandato

---

Dott. SERTORIO MARINACCI - Lib. doc. di Patologia Speciale Chirurgica nella R. Università di Roma.

OCCLUSIONE INTESTINALE

Il lavoro è diviso in due parti. Nella prima parte è trattata in modo chiaro e conciso, in dodici capitoli, la patologia dell'Occlusione: è esposto quanto dallo studio clinico e sperimentale dell'importante argomento si è desunto, riguardo all'etiologia, alla patogenesi, all'anatomia patologica, alla sintomatologia, alla diagnosi, alla terapia.

Nella seconda parte l'Autore studia le cause della morte nell'Occlusione: messo in rilievo l'importanza dell'argomento, solo di recente svolto, in rapporto alle sue applicazioni pratiche, aggiunge un pregevole contributo personale, facendo seguire le deduzioni delle sue ricerche.

Un volume in-8 grande, di 182 pagine, **L. 13.** — Per i nostri abbonati sole **L. 11.75** franco di porto e raccomandato.

Dott. Prof. ALBERTO CAUCCI
Lib. doc. di Medicina Operatoria nella R. Università di Napoli,
Chirurgo Primario dell'Ospedaletto dei Bambini in Ancona

La Chirurgia del cieco e del colon

Quest'opera tratta in modo sintetico e completo delleo perazioni che si praticano sull'intestino crasso retto eccettuato, di quella branca cioè della chirurgia intestinale, che ha una fisonomia propria e che negli ultimi anni ha acquistato tanta importanza.

Tale lavoro è ispirato ad intenti assolutamente pratici ed il chirurgo troverà in esso organicamente esposto quanto di moderno l'arte operatoria ha raggiunto in tutti gli argomenti della chirurgia ceco-colica.

Volume in 8° grande, di 333 pagine, con 7 tavole fuori testo su carta patinata. In commercio **L. 20** più le spese di spedizione postale ed imballaggio. Per gli abbonati al "POLICLINICO,, sole **L. 17** franco di porto e raccomandato.

Prof. C. CASSIOLI

L'OSTETRICO PRATICO

Trattato di Ostetricia improntato alla pratica, con 250 figure nel testo e prefazione del Prof. ERNESTO PESTALOZZA

e con appendice: ***IL NEONATO*** *(Igiene - Fisiologia - Patologia)*

Capitolo compilato dal Prof. G. CACCIA, Docente di Clinica Pediatrica nella Facoltà Medica di Firenze

Un volume in 16° tascabile, di pag. XII-452 elegantemente rilegato in tela, L. 22 più le spese postali di spedizione ed imballaggio. Per gli abbonati al "POLICLINICO,, sole L. 20,75 franco di porto e raccomandato.

☞ Per ricevere subito quanto sopra, inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI (Via Sistina 14 - ROMA

ANNO XXVIII — Roma, 14 Novembre 1921 — Fasc. 46

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal Professor R. ALESSANDRI.

Le lesioni traumatiche del midollo spinale.

Dott. GUIDO EGIDI, aiuto e docente.

Il concetto di soccorrere chirurgicamente i traumatizzati del midollo spinale sembra essere molto antico, poichè già nel VII secolo dopo Cristo Paolo d'Egina in alcune fratture della colonna vertebrale consigliava di *ossiculum quod premit eximere.* Ma per parecchi secoli il piano operatorio deve essere rimasto inattuato se si considera che i primi interventi per traumi midollari e vertebrali che si trovino citati sono quelli del Louis nel 1762 e del Cline nel 1814.

Se si prescinde da questi e eventualmente da qualche altro caso isolato, possiamo dire che la vera chirurgia del rachide sia cominciata con Mac Ewen e con Horsley in quanto che solo dopo i brillanti risultati da essi ottenuti fu evidente la possibilità di operare utilmente in questo campo.

Nel 1908 il De Quervain poteva raccogliere 218 operazioni eseguite per affezioni traumatiche, Ma i risultati certo non erano brillanti come negli altri campi della chirurgia. Erano guariti 13.8 %, migliorati 22 %, non migliorati 37,2%, peggiorati 1,8%, morti 25,2%. Incoraggiava a persistere nel trattamento chirurgico la considerazione che la sorte di molti di questi pazienti era segnata fatalmente fin dal momento del trauma; così che, se pure in una piccola parte dei casi si poteva ottenere la guarigione o un miglioramento, tutto il lavoro compiuto era rimunerato. Ma per poter giudicare il vantaggio arrecato dall'operazione sarebbe stato necessario conoscere con esattezza quale sarebbe stata la sorte dei pazienti se l'operazione non fosse stata compiuta.

Le conoscenze e l'esperienza dei singoli fu diversa tanto che — come riferisce il Murphy — l'Oliver divideva i chirurghi in 3 gruppi: 1° quelli che consigliano l'operazione in ogni caso di lesione vertebrale con sintomi midollari; 2° quelli che sconsigliano sempre l'operazione; 3° quelli che consigliano l'operazione in casi scelti.

Il Murphy opportunamente dichiara: *We belong to the last class of surgeons.*

Ora come si deve procedere alla scelta dei casi per l'operazione? e in che cosa l'intervento deve consistere?

A queste domande principalmente cerchiamo di rispondere in questo articolo traendo vantaggio dall'esperienza e dalla letteratura di questi ultimi anni, durante i quali per cagione della grande guerra le lesioni midollari sono state osservate con insolita frequenza.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Le lesioni direttamente causate dai traumi sul midollo spinale, sia che si tratti di ferite

da arma da fuoco o di fratture vertebrali, si stabiliscono improvvisamente e si possono definire come contusioni. Disgraziatamente le lesioni di guerra hanno mostrato che le porzioni di midollo investite dai proiettili, anche se la dura non è rimasta scontinuata, subiscono distruzioni tali da esser ridotte in poltiglia. E le parti circostanti per tratti estesi, ma non sempre proporzionali alla entità della lesione distruttiva, presentano edemi e emorragie.

Tra le diverse parti che compongono il midollo spinale la sostanza grigia è quella che soffre alterazioni maggiori; ma alterazioni possono trovarsi anche nella sostanza bianca.

Al di là del tratto direttamente leso per l'estensione di quattro o cinque segmenti i cilindrassi possono essere tumefatti, degenerati, disintegrati; talora si formano irregolari chiazze di necrosi e cavità cilindriche piene di fibre degenerate e di nevroglia.

Anche se il midollo non è stato leso direttamente si possono stabilire alterazioni col meccanismo della concussione o per commozione. Esse vanno dalle emorragie puntiformi con edema alle necrosi più o meno diffuse. Necrosi diffuse sono state osservate specialmente nelle porzioni inferiori del midollo. La cagione di questa particolare sensibilità è difficile a spiegare; Collier ha pensato che dipenda da una brusca elevazione della pressione del liquido cefalorachidiano e che la porzione inferiore del midollo maggiormente ne risenta il danno perchè, essendo il sacco durale chiuso in basso, ivi sarebbero maggiormente risentite le variazioni improvvise di pressione.

Se è vero che generalmente le lesioni traumatiche del midollo spinale appartengono alla categoria delle contusioni, esistono alcuni casi nei quali realmente esiste una compressione cioè a uno stato patologico determinato da una diminuzione di spazio lentamente progressiva. La compressione può essere esercitata anche tardivamente per il costituirsi di calli esuberanti da fratture vertebrali o per alterazioni meningee tra le quali le più frequenti sono la pachimeningite esterna e la aracnoidite o meningite sierosa cistica (Krause, Oppenheim).

Anche l'organizzazione di coaguli intorno al midollo e specialmente intorno alle radici della cauda (Collier) è stata ritenuta cagione di disturbi.

In periodi recenti dopo traumi una compressione del midollo può dipendere, oltre che dall'azione di scheggie ossee o di proiettili, anche da ematomi. Più spesso essi si formano nello spazio epidurale; qualche volta anche si hanno emorragie sotto-aracnoidali. Ma, secondo Stolper, le emorragie extramidollari non possono avere che una molto limitata influenza sulla sintomatologia, perchè quasi sempre sono di poca entità e esercitano una compressione che passa in seconda linea di fronte alla lesione direttamente apportata dal trauma.

Tanto dopo lesioni vertebrali per ferite da arma da fuoco, come dopo fratture sottocutanee si sono osservate ematomielie. Esse sono particolarmente frequenti dopo lesioni delle vertebre cervicali inferiori; ma alcune ematomielie sono state osservate anche dopo iperflessioni della colonna cervicale senza frattura vertebrale. Stolper, per distinguerle dalle comuni emorragie da schiacciamento, le chiama emorragie da stiramento.

Le emorragie midollari formano raccolte cilindriche estese in senso verticale e possono talora prolungarsi per quasi tutta l'altezza del midollo.

Per quel che riguarda le radici spinali basti ricordare che esse possono venir lese al momento del trauma o compresse più tardi tanto entro il sacco durale insieme col midollo, come da sole a livello dei fori di coniugazione o dove costituiscono la cauda equina.

STUDIO SISTEMATICO DEI SINTOMI.

Prima di enumerare i sintomi sia concesso ricordare che i difetti motori possono essere cagionati:

1° da una lesione delle vie lunghe di conduzione sopraganglionari (vie piramidali);

2° da una lesione dei nuclei delle corna anteriori della sostanza grigia del midollo;

3° da una lesione delle radici spinali al di fuori del midollo.

Di regola nei casi del primo gruppo la paralisi è spastica e senza reazione degenerativa dei muscoli paralitici; nei casi degli altri due gruppi invece la paralisi è flaccida e accompagnata da reazione degenerativa.

Questo schema è grossolanamente esatto; sebbene in realtà tutte le paralisi siano a principio flaccide e la spasticità delle paralisi dipendenti da interruzione delle vie di conduzione si manifesti solo dopo un certo tempo, quando i segmenti midollari sottostanti hanno acquistato un certo automatismo.

Sintomi motori. — Rari sono i sintomi irritativi (scosse cloniche, clonismo, distonie). Essi sono di buona prognosi perchè indicano che la lesione midollare non è completa.

I più frequenti sintomi sono quelli che indicano un difetto funzionale. Tra questi il più saliente è dato dalla paralisi. Questa può essere flaccida e semplicemente ipotonica, oppure spastica. Generalmente le forme spastiche hanno prognosi meno grave.

Le paralisi, in specie quelle flaccide, vanno congiunte con segni di ipotrofia o di atrofia muscolare e tra questi sono da differenziare quelli che dipendono dalla inattività prolungata e che sono diffusi da quelli limitati che corrispondono ai segmenti lesi del midollo. Una particolare tendenza alle atrofie hanno negli arti superiori i muscoli interossei e quelli dell'eminenza tenare; negli arti inferiori i flessori dorsali del piede, onde la frequente comparsa dell'equinismo.

La areflexia è, secondo il canone di Bastian-Bruns, il segno patognomonico della lesione completa del midollo. Questo canone, che nelle linee generali conserva tutto il suo significato, ha trovato nelle osservazioni recenti qualche smentita dovuta al fatto che si son vedute guarire alcune paraplegie con areflexia completa. Così che si è stati costretti ad ammettere che in alcuni casi l'interruzione del midollo fosse completa funzionalmente, ma non anatomicamente; onde la possibilità della ripristinazione parziale o totale della funzione.

I riflessi che si sono visti persistere più a lungo sono quelli cutanei (cremasterici, plantari); qualche volta il segno di Babinski ha persistito anche se la lesione midollare era anatomicamente completa.

Quando la sintomatologia motoria tende a migliorare, il ristabilirsi della motilità comincia dalla radice degli arti e progredisce distalmente.

Di solito non v'è parallelismo tra il ristabilirsi della motilità e quello dei riflessi.

Sintomi sensitivi. — Tra i sintomi irritativi sono stati notati le parestesie, i pervertimenti, i prolungamenti di sensazioni, l'allocheiria, l'alloparalgia e i dolori. In complesso però la sintomatologia sensitiva irritativa è povera nei traumi del midollo. Di frequente invece si son notati fieri dolori nelle lesioni della cauda: essi con ogni probabilità sono dovuti a stimoli delle radici prodotti da pachimeningiti o da leptomeningiti sierose.

Tra i sintomi di difetto si può dire che il più comune consista in una abolizione della sensibilità al di sotto del tratto corrispondente al livello della lesione. In genere i limiti entro i quali esiste un disturbo delle sensibilità dolorifica e termica sono più ampii di quelli per la sensibilità tattile.

Un disturbo di questo tipo corrisponde a una lesione trasversa totale del midollo. Esso è di solito associato a flaccidità dei muscoli e ad areflexia completa.

Eccezione hanno formato alcuni casi nei quali, pur dovendo esser presunta una lesione completa del midollo, la sensibilità era conservata a livello dei segmenti sacrali. Per spiegare questo strano comportamento sono state formulate ipotesi varie tra le quali la più diffusa è che trattandosi di territori provvisti di innervazione molto ricca esistano per essi vie di conduzione accessorie. Ma probabilmente (Marburg) d'altro non si trattava che di lesioni non del tutto complete o di casi i quali avevano presentato segni di lesione completa non per distruzione totale del midollo, ma per edemi transitorî diffusi associati a lesioni definitive circoscritte. In tal modo si potrebbe spiegare come, cessati i fenomeni dovuti all'edema, una parte delle vie sensitive avessero di nuovo potuto divenire pervie.

Tra i casi nei quali il disturbo di senso è circoscritto, si possono, rispetto ai limiti del disturbo, differenziare i seguenti tipi:

a) casi nei quali il disturbo, analogamente a quanto avviene nelle lesioni cerebrali, interessa tutte le sensibilità in una metà del corpo;

b) casi nei quali il disturbo riguarda le sensibilità termica e dolorifica in una metà del corpo (tipo Brown-Séquard).

c) casi nei quali il disturbo ha distribuzione segmentale come nelle lesioni radicolari.

Atteso che le lesioni midollari possono essere di forma e estensione quanto mai varia, facile è comprendere come i disturbi di sensibilità di carattere incompleto possano tra loro combinarsi nei più svariati modi.

Riguardo alla reintegrazione della sensibilità fu osservato che il miglioramento talora progredisce equabilmente su tutto il tratto leso, talora a zone che a poco a poco confluiscono; talora dal basso all'alto, talora dall'alto al basso.

La sensibilità tattile in genere si ristabilisce prima di quelle per il calore e per il dolore; ultima a ristabilirsi è la sensibilità profonda. In genere la restituzione della sensibilità non è completa e i difetti maggiori restano nelle sensibilità termiche e dolorifiche.

I disturbi di moto si correggono dopo di quelli di senso e le paralisi flaccide migliorano dopo di quelle spastiche.

Alterazioni vasomotorie e secretorie. — Nelle zone cutanee corrispondenti a tratti lesi del midollo si osservano di frequente vesciche, eritemi, ulcere. Queste alterazioni sono ancor più frequenti nelle lesioni della cauda.

Disturbi frequentemente osservati sono la cianosi, la freddezza delle estremità e i decubiti.

Particolare importanza ha il constatare una tumefazione pastosa delle gambe paralitiche.

Essa si osserva di solito in soggetti che hanno paralisi completa di senso, di moto e areflexia; in soggetti cioè che hanno segni clinici di lesione midollare completa. La tumefazione pastosa delle gambe è un segno che oscura ancor più la già grave diagnosi di questi soggetti.

La secrezione del sudore è aumentata nelle lesioni lievi, abolita nelle lesioni gravi. In tali casi nè il forte calore nè la pilocarpina sono capaci di eccitare la secrezione del sudore.

Vescica, intestino, genitali. — I disturbi nel vuotamento della vescica mancano quasi solo nelle lesioni parziali e alte del midollo; tuttavia si son visti mancare anche in alcune lesioni dell'epicono e della cauda.

Essi consistono o in una completa incontinenza o nella ritenzione o in una specie di automatismo per effetto del quale il paziente ha periodicamente un'emissione incoercibile di orina. L'incontinenza si ha per solito nelle lesioni gravi a qualunque altezza esse abbiano sede. Quando il paziente migliora o se fin dall'inizio la lesione non è molto grave, si ha la ritenzione. Infine, come segno di ulteriore adattamento, compare l'automatismo.

La gravità dei disturbi vescicali consiste principalmente nel fatto che, se abitualmente rimane orina nella vescica, il ristagno rappresenta il primo anello di una catena patologica che attraverso complicazioni settiche può condurre a morte.

Notevole è che i disturbi vescicali sono i più pigri a risentire beneficio dagli interventi chirurgici sul midollo e purtroppo si deve riconoscere che non raramente essi sono stati piuttosto peggiorati che migliorati dall'intervento.

I disturbi del retto sono più gravi di quelli della vescica. Essi si hanno solo nelle lesioni midollari gravi; non compaiono quasi mai nelle lesioni cervicali. Consistono in incontinenza che dopo un certo tempo tende a passare in una specie di automatismo con vuotamenti incoercibili a intervalli molto lunghi e terminano infine in una tendenza alla costipazione.

I disturbi genetici si hanno nelle lesioni della cauda, del cono, del midollo lombare; mancano se la lesione ha sede sopra il midollo lombare.

La completa mancanza della *eretio* e della *ejaculatio* si ha nelle lesioni della cauda. La mancanza della ciaculazione o il ritardo di essa mentre l'erezione è completa significa lesione del cono.

V'è talvolta una incompleta erezione indipendente da stimoli. Essa significa che, essendo diminuita la funzione dei centri spinali, predomina l'innervazione simpatica; patogeneticamente è quella cosa di simile alla vescica automatica. Tale disturbo si può trovare in lesioni midollari di ogni altezza e, secondo Wagner-Stolper, è sempre segno di lesione grave.

Segno di lesione non molto grave sarebbe invece uno spiccato priapismo.

Tuttavia a tali segni non è concesso attribuire un deciso significato prognostico. Marburg e Ranzi si limitano a constatare che nelle loro osservazioni la tendenza al priapismo è comparsa solo nelle lesioni del midollo lombare.

Liquido cefalorachidiano. — A principio molto spesso si trova sangue nel liquido. Molto spesso anche la pressione del liquido è aumentata, ciò che forse dipende più che dall'emorragia dalla coesistenza di una meningite sierosa. Qualche volta si è osservata la xantocromia del liquido.

SINDROMI.

Lesione trasversa completa. — I sintomi che rivelano la interruzione completa del midollo sono la paralisi di moto completa e flaccida, la paralisi di senso completa, la mancanza di ogni riflesso, la paralisi della vescica e del retto. A questi sintomi si associano quasi di regola i decubiti i quali spesso assumono le più gravi forme e sono capaci essi soli di condurre a morte il paziente. Un altro segno che è probabilmente dipendente dall'inerzia associata con disturbi vasomotorî è l'edema degli arti inferiori. Marburg e Ranzi hanno insistito sul carattere pastoso di questo edema che è segno certo di inguaribilità.

La sindrome della paraplegia completa con areflexia è quella ben nota alla quale son legati i nomi di Bastian e di Bruns. Essa, secondo la classica interpretazione, significava una lesione organica completa; attualmente si è avuto tendenza a ammettere che essa esprimesse solo una completa interruzione delle vie di conduzione del midollo, la quale non sarebbe necessariamente anatomica, ma potrebbe anche essere solo funzionale.

Questo concetto apre il campo a considerazioni di valore pratico, poichè, se l'interruzione del midollo non è anatomica, è possibile che il soccorso dell'arte possa arrecare un qualche giovamento.

Lesione trasversa incompleta - Sindrome di compressione midollare. — A differenza dalla contusione e dallo schiacciamento che rappresentano diversi gradi di un'azione traumatica istantanea, seguendo Heinecke, intendiamo per compressione quel disturbo arrecato da una qualsiasi struttura o corpo estraneo che prema

sul midollo lentamente e in grado moderato, spesso progressivo.

Raramente le compressioni midollari riescono a disintegrare completamente la sezione del midollo sulla quale agiscono; la maggior parte dei disturbi sono dovuti a alterazioni circolatorie e a edemi, così che è possibile che, rimossa la causa comprimente, la funzione possa tornar normale. Ma nel tempo durante il quale la compressione ha agito il midollo può aver sofferto alterazioni non riparabili e queste naturalmente lasceranno disturbi permanenti.

In seguito a traumi si scoprono spesso con l'esame radiologico dei proiettili o delle scheggie ossee sporgenti entro il canale rachideo. Se in tali casi esista una sindrome di lesione midollare trasversa incompleta l'ipotesi che il midollo sia compresso è probabile; ma non sicura, poichè il midollo potrebbe esser stato semplicemente contuso, e, passato l'istante del trauma, aver finito di agire il momento meccanico. In altre parole la sindrome di compressione midollare è una sindrome di lesione trasversa incompleta; ma non tutte le lesioni incomplete che seguono a traumi sono compressioni. Come è facile intendere, esistono contusioni di ogni grado.

Se però la sindrome clinica indichi come probabile una compressione midollare, l'assenza di un reperto radiologico positivo non è sufficiente a escluderla. Le statistiche che il materiale di guerra ha permesso di raccogliere indicano che nel 3 % dei casi di compressione midollare la causa comprimente non era rappresentata nè da scheggie nè da proiettili, ma da alterazioni flogistiche meningee a andamento cronico interessanti ora la dura meninge con ispessimenti, ora le meningi molli con formazioni di cisti. Questi fatti sono importanti a ricordare perchè sarebbe errato escludere da un ragionevole intervento operatorio quei casi nei quali non si potesse radiologicamente dimostrare la causa comprimente da rimuovere.

La figura clinica classica del disturbo da compressione è quello della paresi spastica, la quale naturalmente varia secondo l'altezza della lesione. Noi possiamo perciò distinguere dei gruppi.

1° gruppo: Lesione cervicale bassa e dorsale alta. In questo gruppo sono le estremità inferiori quelle che presentano la tipica paresi spastica. Essa dipende dalla diminuita conducibilità delle vie piramidali e è accompagnata di regola da un aumento dei riflessi tendinei. Al contrario i riflessi cutanei addominali sono diminuiti. Il comportamento degli arti superiori varia secondo la sede della compressione, ma come generalmente essa viene esercitata a livello dei centri midollari per i muscoli degli arti superiori, questi sono per lo più in stato di paralisi flaccida e presentano segni di atrofia.

2° gruppo: Lesione dorsale e lombare superiore. In questo gruppo il disturbo motorio si limita a una paresi spastica degli arti inferiori con aumento dei riflessi tendinei e senza o con lievissime alterazioni della eccitabilità elettrica.

In ambedue questi gruppi le alterazioni di senso o sono assenti o consistono in una iperalgesia universale. Nei casi nei quali esista una paralisi flaccida delle estremità superiori, in corrispondenza dei segmenti direttamente lesi, può esistere una zona di anestesia o di ipoestesia. Comunque, anche quando il disturbo della sensibilità sia intenso, esso non è quasi mai eguale nei due lati e la sensibilità profonda rimane integra.

I disturbi della vescica mancano; il decubito è raro; la tumefazione pastosa delle gambe manca sempre.

Questo quadro classico che è facile a definire passa per gradi progressivi a quello della lesione completa. I casi intermedî sono quelli sui quali il giudizio è più difficile. Se la paralisi è flaccida, ma i riflessi non sono del tutto aboliti e qualche riflesso tendineo persiste; se il disturbo di senso non è molto grave, si può essere autorizzati a ritenere che le apparenze della lesione completa dipendano non da una disintegrazione anatomica che è irreparabile, ma da edemi transitorî. Questi casi, dopo l'intervento, si son visti spesso trasformarsi in paraplegie spastiche e migliorare sensibilmente. Interessante sarebbe sapere se in qualche periodo abbiano presentato tutta la sintomatologia della lesione completa. Forse ciò ha potuto avvenire precocemente dopo il trauma, quando l'edema era al massimo grado sviluppato; ma dati sicuri ci mancano.

Emiplegia spinale. — Sono rare e per lo più non sono pure perchè corrispondono a una lesione prevalente, ma non esclusiva, di una metà del midollo. Spesso l'emiplegia spinale rappresenta una fase di evoluzione di una lesione trasversa incompleta che tende a migliorare e che ha migliorato più da una parte che dall'altra. Tra le cause che danno origine ad essa sono da computare, oltre le lesioni meccaniche prodotte dalle scheggie, anche le alterazioni meningee delle quali abbiamo più volte fatto menzione.

La tipica forma dell'emiplegia spinale è quella che si verifica per effetto di una lesione midollare cervicale unilaterale. Essa dà origine

alla ben nota sindrome di Brown-Séquard nella quale a una paralisi motoria spastica omolaterale sormontata da una circoscritta zona di paralisi flaccida, si associa una paralisi controlaterale delle sensibilità termica e dolorifica.

Oltre questa forma tipica della emiplegia spinale, ne è stata descritta un'altra (Oppenheim) nella quale la somiglianza con le emiplegie di tipo cerebrale è più evidente per la ragione che il disturbo di senso non è alterno. L'interpretazione di questa sindrome richiede o l'esistenza nel midollo di più focolai i quali ledano le vie di moto e di senso che vanno e vengono da una parte del corpo o la presenza di una anomalia nell'incrocio delle vie o infine l'associazione di una paresi spastica da compressione midollare con un disturbo sensitivo da lesione di plessi nervosi.

Lesioni del cono midollare e della cauda equina. — Prima di riferire quanto è stato osservato nei pazienti affetti da lesioni di queste strutture, a scopo di chiarezza, sarà opportuno ricordare alcuni dati anatomo-fisiologici.

Seguendo Raynaud, si considera come cono la porzione terminale del midollo spinale che comprende gli ultimi tre segmenti sacrali e il segmento coccigeo. Se noi immaginiamo di condurre un taglio trasverso a questo livello produrremo non solo un difetto di tutte le funzioni alle quali presiede il cono, ma anche una interruzione di tutte le radici nervose le quali, nate da segmenti superiori, vengono incontrate dal taglio mentre decorrono lateralmente al cono per portarsi ciascuna al proprio foro di coniugazione.

Ora, poichè il cono occupa la regione che corrisponde alla prima vertebra lombare, ne viene che, in seguito alla supposta sezione, resteranno lesi il cono e tutte le radici che, nate da segmenti midollari superiori, hanno il proprio foro di coniugazione al di sotto del cono. In tali condizioni si trovano tutte cinque le radici lombari e le prime due radici sacrali. Si avrà perciò una paralisi di senso e di moto degli arti, del perineo, della regione sacrococcigea, della vescica, del retto e delle funzioni genitali.

Poichè al di sotto del cono, le radici nervose, nate da esso o al di sopra di esso, decorrono ancora unite per un certo tratto e se ne separano poi un paio alla volta, discendendo di vertebra in vertebra, ne viene che, se, ad es., immaginiamo di condurre un taglio trasverso a livello della terza vertebra lombare sezioneremo tutte le radici provenienti dal midollo sacrale e lombare ad eccezione delle due prime lombari. Avremo perciò una sindrome in gran parte simile a quella risultante dalla lesione ammessa nella prima ipotesi.

D'altra parte eguaglianze nella distribuzione dei disturbi si possono ancora riprodurre considerando altre possibilità, come, per es., quella di una lesione esclusivamente limitata al cono e quella di una sezione di tutte le radici che si trovano sotto il secondo foro sacrale.

Essendo che l'estensione dei disturbi non è sufficiente a stabilire la diagnosi di sede differenziale tra lesioni a livello del cono o della cauda, grande importanza deve esser data ad altri segni. Tra questi quelli più semplici, più facilmente rilevabili e di significato più sicuro sono quelli forniti dalle sedi delle ferite esteriori nel caso che si tratti di ferite trasfosse da arma da fuoco o dalla sede del proiettile nel caso che si tratti di ferite a fondo cieco da arma da fuoco o da qualunque altro criterio clinico o radiologico il quale dimostri che l'azione traumatica ha agito su un determinato livello del rachide. Se nessuno di questi punti potesse essere utilizzato, dovrebbero soccorrere solo i criteri neurologici. Di essi parlerebbero in favore di una lesione del cono: 1) l'esistenza di paralisi dissociate di senso (paralisi del senso termico e dolorifico, conservazione del senso tattile); 2) bilateralità dei disturbi; 3) presenza di contrazioni fibrillari nei muscoli paralizzati; 4) presenza di una zona cutanea iperestesica al di sopra del tratto anestesico.

Il quadro classico della lesione completa della cauda è rappresentato da una paralisi flaccida delle estremità inferiori con perdita dei riflessi patellari, achillei e plantari; anestesia completa estesa dalla terza radice lombare alla quinta sacrale, paralisi genitale e della vescica e del retto.

Accanto a questo quadro completo ne sono stati osservati di frequente due incompleti che rappresentano uno una lesione delle radici superiori, l'altro una lesione delle radici inferiori. Nel primo il disturbo di senso si arresta al territorio della seconda radice sacrale; interessa perciò prevalentemente gli arti inferiori, mentre la sensibilità dei genitali e del perineo è conservata e la vescica è sana come avviene nelle lesioni dell'epicono.

Nel secondo il disturbo di senso occupa solo il campo delle radici quarta e quinta sacrale e è paralizzata la vescica. Questa lesione, che ha cattiva prognosi specialmente in riguardo

alla lesione vescicale e alle complicazioni che ne derivano, presenta una anestesia cutanea limitata ai genitali e al perineo.

Tra le lesioni di guerra del rachide con segni nervosi quelle con lesioni del cono e della cauda sono state le più frequenti. Spesso però non è stato possibile differenziarle tra loro e la ragione forse si deve ricercare nei fatti che i proiettili le hanno lese ambedue oppure ambedue sono state interessate dalla comparsa di alterazioni meningee. Oltre la comune pachimeningite e la leptomeningite cistica, si sono osservate con particolare frequenza in questa regione delle cospicue aderenze e in mezzo ad esse delle comuni flogosi che hanno talora dato esito ad ascessi.

Nelle lesioni limitate alla cauda, corrispondentemente al fatto che la lesione delle singole radici ha in sè qualche cosa come di accidentale, si è osservato che a percorso identico del proiettile possono corrispondere lesioni diverse. In genere le lesioni della cauda non interessano tutte le radici che si trovano in un segmento e perciò i disturbi, oltre che non rappresentare la sintomatologia completa della lesione della cauda, sono anche asimmetrici.

I dolori, che sono stati menzionati come caratteristici per le lesioni della cauda, non sono stati osservati costantemente. A proposito dei dolori è da ricordare che la frequente comparsa di meningiti può far insorgere dolori anche nel campo di radici più alte di quelle lese. Tali dolori meningitici sono di solito accompagnati da aumento dei riflessi e da tendenza a spasmi.

Meningiti croniche. — Nei territorî nei quali è avvenuto un trauma che abbia interessato il midollo o le sole meningi si sviluppano talora delle alterazioni infiammatorie a decorso cronico che interessano o la dura madre o la leptomeninge. La forma più frequente è la leptomeninge sierosa; essa può sussistere sola o essere accompagnata da pachimeningite.

La comparsa di queste alterazioni che segna un aggravamento dei disturbi assume un carattere per un certo tempo progressivo. In questa evoluzione non conforme a quella ordinaria delle lesioni traumatiche è il segno principale della sopraggiunta malattia. Tali meningiti possono avere origine dopo settimane o dopo mesi dal trauma e decorrono ordinariamente con segni di irritazione sensitiva consistenti in dolori che si irradiano nel territorio delle radici spinali interessate. Ogni caso nel quale, dopo un trauma midollare, compaiono dolori nel campo di segmenti sovrastanti a quello leso, specialmente se la diffusione dei disturbi in senso verticale abbia carattere progressivo, è fortemente sospetto di complicanze meningitiche. Difficile è poter stabilire se si tratti di leptomeningite sierosa o di pachimeningite; dall'esame di numerosi pazienti peraltro è risultato che i più fieri dolori si sono avuti nei casi di pachimeningite. Le paralisi di senso sono rare e per lo più circoscritte.

Le radici motorie resistono a lungo alla irritazione meningitica; i difetti di moto che sopravvengono per effetto delle meningiti dipendono dalla compressione che il midollo subisce: esse cominciano perciò come paresi spastiche e vanno progressivamente aumentando conformemente al grado della avvenuta compressione.

Questi casi sono molto importanti per il chirurgo perchè in essi l'intervento dà molto buoni risultati.

(Continua).

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Patologia spec. med. dimostrativa della R. Università di Catania.

Sulla dolorabilità alla percussione dell'addome.

Contributo alla diagnosi differenziale fra affezioni organiche e funzionali degli organi addominali.

Prof. Guido Izar, direttore incaricato.

Nell'esame dell'addome tutti i libri di semiologia accanto ai rilievi dell'ispezione, palpazione ed ascoltazione pongono, come è naturale, anche la percussione, ma ne limitano gli attributi allo studio della qualità e modificazioni del suono.

Anche il Cicconardi nel suo manuale di semiologia — un libro che dovrebbe figurare sul tavolo da studio di tutti i medici — parlando dell'addome fa solo menzione dello studio della qualità dei suoni e di alcune ottusità e chiarezze speciali.

Il dolore, o per meglio dire la dolorabilita, che la percussione può suscitare non è nei testi punto ricordata, forse perchè avendone trattato qual più qual meno diffusamente nel capitolo della palpazione, gli autori ritengono di aver esaurito lo studio del rilievo semiologico con qualunque manovra venga posto in evidenza. Almeno questa è l'ipotesi più attendibile per spiegare una manchevolezza comune ai vari trattatisti.

Così ragionando però si commette un duplice errore: quello di ritenere che la dolorabilità alla palpazione possa sufficientemente

illuminarci sulle condizioni degli organi contenuti nel cavo addominale: e quello di identificare la dolorabilità alla palpazione con la dolorabilità alla percussione.

Per dimostrare il primo errore basta un esempio pratico: nell'ulcera gastrica della parete posteriore e della piccola curvatura, la palpazione anche profonda non mette sempre in evidenza un punto doloroso laddove la percussione (col martelletto) lo dimostra chiaramente.

E di esempi pratici mi servirò ancora per dimostrare come la dolorabilità alla palpazione ed alla percussione non si possano identificare. Se noi palpiamo la fossa iliaca destra in un soggetto affetto da appendicite, il più delle volte troviamo una dolorabilità diffusa su tutta la regione, mentre se percuotiamo col martelletto il dolore si localizza quasi sempre in un punto circoscritto, che può anche non essere compreso nella zona di dolenzia palpatoria, come nel mancinismo dell'appendicite.

Ancora: mentre nelle nevralgie del nervo ileo-ipogastrico e nervi vicini, la palpazione nella stessa fossa rileva una dolorabilità diffusa, la percussione sia lieve che, e meglio, profonda resta muta.

Anche il Boas (1) che nella 5ª edizione del suo libro «Malattie dello stomaco» dava importanza ai «punti di dolorabilità alla pressione» (da non confondere con le zone di dolorabilità alla palpazione), nella 6ª edizione dichiara che con la percussione col martelletto tali punti sono meglio delimitabili.

* * *

Nè è da credere che la nozione sia di recente acquisizione. Fin dal 1903 Mendes (2-3) richiama l'attenzione sull'importanza delle zone di dolorabilità alla percussione per la diagnosi di ulcera gastrica: Plönnies nel 1905 ne dimostra l'importanza nella diagnosi di molte altre affezioni intestinali: Bofinger (5) nel 1907 ritorna, confermando, sull'argomento. Schiassi (1911), Secchi (1912) ne parlano favorevolmente. Ciò nondimeno bisogna giungere sino al 1918 (Boas) (8) per trovare nuovi accenni nella letteratura. Ancor più di recente, mentre le mie osservazioni erano in corso, sono comparsi i lavori di Uhlmann (9), Meyer e Uhlmann (10), Bofinger (11), che giungono a conclusioni quasi identiche alle mie.

Per mettere in evidenza la dolorabilità alla percussione ritengo ottima manovra la seguente:

Stabilito ad un dipresso con la palpazione, o sulla scorta dei dati anamnestici se questa è silenziosa, la zona da esaminare, stando il paziente in giacitura supina dorsale coi muscoli addominali per quanto è possibile in rilasciamento, si percuote dapprima dolcemente col martelletto sul plessimetro appoggiato a piatto sulla cute lungo linee divergenti che dall'ombelico si irradiano verso la zona da esaminare.

Il paziente sarà prima istruito in modo che segnali i punti dove la percussione suscita dolore anche lieve; però, e specialmente nella percussione profonda, è miglior consiglio quello di confermare i dati subiettivi col rilievo sia di contrazioni involontarie dei muscoli mimici che di contrazioni di difesa degli stessi muscoli addominali.

Segnati i punti di dolorabilità alla percussione lieve si passa a ricercare con percussione più forte sul plessimetro affondato per quanto più torna possibile, la dolorabilità degli organi situati profondamente. Una certa difficoltà s'incontra in questa manovra negli individui polisarcici o comunque con abbondante sviluppo del pannicolo adiposo dell'addome, quantunque anche in questi casi la difficoltà all'esame con la percussione sia sempre di gran lunga inferiore a quella che si oppone all'esame con la palpazione.

Stabilite le zone dolorifiche sia alla percussione superficiale e lieve che a quella profonda e più forte se ne determinano i confini, che a volte si sovrappongono, ma più spesso sono contenuti gli uni negli altri (i secondi nei primi); più raramente non coincidono, come succede, ad esempio, quando un processo flogistico di un organo addominale abbia dato luogo ad un vasto risentimento peritoneale. Si osserva, cioè, in questi casi lo stesso fatto che già abbiamo messo in luce più sopra a proposito di dolorabilità alla palpazione ed alla percussione: mentre la percussione superficiale e leggera fornisce dei risultati molto simili a quelli dati dalla palpazione, la percussione profonda e forte localizza veramente la lesione.

Uhlmann richiama l'attenzione sull'importanza che, allato ai rilievi della percussione avrebbe l'iperestesia cutanea circoscritta o di proiezione, diversa dalle zone di Makenzie (12) e di Head (13). L'Uhlmann distingue infatti una iperestesia dorsale, lineare (Makenzie-Head) da una iperestesia circoscritta, superficiale, limitata alle porzioni ventrali, iperestesia epigastrica. Secondo Uhlmann la prima (dorsale, lineare) sarebbe un riflesso midollare; la seconda (circoscritta, epigastrica) sarebbe «la proiezione dei focolai infiammatori alla cute sovrastante».

Alla distinzione molto ipotetica e non rispondente certo alle nozioni anatomo-fisiologiche, l'Uhlmann vorrebbe far coincidere una rispondenza coi risultati della percussione, perchè la seconda iperestesia, l'epigastrica, si troverebbe quasi sempre presente quando esiste la dolorabilità alla percussione e precisamente sarebbe limitata ad una zona centrale rispetto a questa.

Le mie osservazioni non mi permettono di condividere l'opinione di Uhlmann perchè, se è vero che spesso nelle lesioni organiche degli organi del cavo addominale le zone di iperestesia (dorsale ed epigastrica) coesistono con la dolorabilità alla percussione, spesse volte invece mancano, specialmente quando si tratta di organi situati profondamente. Al contrario, l'esistenza delle sole zone di iperestesia senza dolorabilità alla percussione parla contro la lesione organica, attestando invece una lesione puramente funzionale od una lesione puramente nervosa.

In ogni modo, mentre le zone di iperestesia (dorsale od epigastrica) sono nel maggior numero dei casi mal delimitabili, diffuse e suscettibili di ampie modifiche sotto l'influenza di fattori subiettivi di suggestione, le zone di dolorabilità alla percussione profonda e forte sono circoscritte e nettamente delimitate ed offrono un rilievo quasi strettamente obiettivo.

***

La presenza pertanto di una zona o di un punto di dolorabilità alla percussione sta ad indicare l'esistenza di una lesione organica ed i limiti della zona di dolorabilità saranno (ad un dipresso) i limiti o meglio la proiezione dei limiti esterni della lesione. Così, se tutto un organo è ammalato (gastrite flemmonosa, epatite, colite acuta) il dolore si risveglierà su tutto l'organo e la figura della zona di dolore riprodurrà più o meno esattamente la proiezione sulle pareti dell'addome di tutto quanto l'organo.

Più interessanti sono però le zone di proiezione che attestano lo stato attivo di un processo infiammatorio svolgentesi in una porzione di un organo addominale: la loro situazione darà modo di localizzare la sede dell'affezione e in molti casi di porre una diagnosi differenziale, mentre le successive modifiche nell'ampiezza della zona dolorifica attesteranno, con un ingrandimento, l'estendersi del processo a parti od organi vicini, con una riduzione l'inizio di processi di riparazione che meglio si preciseranno nei giorni successivi con una progressiva riduzione della zona di dolorabilità.

Nell'ulcera gastrica ben raramente manca questo rilievo semiologico. La zona dolorosa ha per lo più forma ovale o tondeggiante; la sua estensione è assai varia (da un centesimo ad uno scudo e più): varia è pure la sede, sebbene nel maggior numero dei casi stia sulla linea alba nel mezzo della basi-xilo-ombelicale.

Nella stessa affezione non infrequentemente compaiono pure zone dolorose alla percussione della colonna vertebrale fra la 10ª e la 12ª vertebra dorsale, punti che corrispondono ai punti di pressione indicati dal Boas.

Molto vicine fra loro, sulla stessa linea parasternale destra si riscontrano spesso le zone dolorose alla percussione nella colecistite e nell'ulcera duodenale: la prima però trovasi quasi sempre (eccetto naturalmente i casi di ingrandimento o ptosi del fegato) appena al disotto dell'arco costale, mentre la seconda giace a 3-5 cm. sotto l'arco. L'ampiezza di queste zone, ristretta per ulcera duodenale alle dimensioni massime di un soldo, può invece essere molto più grande nella colecistite, sino a corrispondere all'intera proiezione dell'organo. Posteriormente nella colecistite si rileva pure una zona dolorosa sulla linea paravertebrale in corrispondenza della 12ª vertebra dorsale.

Di grande interesse sono le zone dolorose che si osservano nelle affezioni del cieco, appendicite ed annessi.

La zona dolorosa dell'appendicite, nella flogosi pura senza raccolte periappendicolari, è rotondeggiante, della grandezza di un soldo, e giace nel maggior numero dei casi al disopra della linea basiliaca, nella regione compresa fra questa linea e quella che unsice la spina iliaca anterior-superiore alla cicatrice ombelicale, fra le perpendicolari al punto di Mac-Burney ed al punto di Lanz. In questa regione la zona dolorosa ha naturalmente una posizione varia da caso a caso e, come abbiamo rilevato più sopra, può anche, all'infuori di questa regione avere situazioni abnormi molteplici. Ciò nondimeno, fatta eccezione delle situazioni rare, si può dire che nell'appendicite la zona dolorosa giace più all'interno di quella propria alle affezioni del cieco e più in alto di quella propria alle malattie degli annessi di destra nella donna: che i suoi margini sono più netti, più ristretti, quasi sempre tondeggianti, mentre nelle affezioni del cieco la zona ha forma oblunga, con grande asse diretto dall'alto al basso e dall'esterno all'interno, e margini poco netti (specialmente il superiore); nelle affezioni degli annessi di

destra nella donna la zona è sempre più diffusa, giunge sin quasi alla linea mediana, è di forma irregolare: che il dolore suscitato con la percussione forte è vivo ed acuto laddove nelle affezioni del cieco e degli annessi è sempre meno vivo e più cupo.

Si aggiunga ancora, per le affezioni degli annessi, la frequente coesistenza di una zona dolorosa simmetrica a sinistra.

***

Come abbiam detto in principio, la dolenzia alla percussione dello addome, oltre che a stabilire la sede della lesione, sulla quale molti altri dati ci possono illuminare, ci permette meglio di qualunque altra manovra di distinguere le affezioni puramente funzionali dalle affezioni organiche degli organi addominali.

Nelle prime manca il sintoma dolore alla percussione forte e profonda anche se esistono le zone ed i punti di iperestesia cutanea; nelle seconde è costantemente presente laddove invece possono mancare le zone di ipersensibilità.

Da alcuni autori si è posta in dubbio questa specificità del segno semiologico. Così Westfall (14), non avendo trovato l'ulcera duodenale al tavolo operatorio in soggetti che presentavano zone di dolenzia alla percussione *lieve* nel punto duodenale, ritiene il sintoma fallace; Ewald (15) osserva che punti dolorosi alla percussione *lieve* si possono avere anche nelle mialgie dei muscoli addominali e nelle iperestesie dei nervi cutanei.

La distinzione da noi premessa che le zone dolorose alla percussione lieve corrispondono ad un dipresso alle zone di dolore alla palpazione, spiega i risultati delle ricerche del Westfall e dell'Ewald e dimostra l'importanza della percussione forte e profonda.

Le nostre osservazioni condotte su di un materiale vario ed abbastanza numeroso ci permettono di affermare che i dati forniti dalla percussione forte e profonda hanno sempre trovato rispondenza e conferma nei rilievi clinici (gastroragie-melena), operatori, anatomopatologici, perchè le zone di dolenzia alla percussione profonda si sono sempre riscontrate solo dove esisteva una lesione organica. Non escludiamo con ciò che in alcuni casi dove non è dato rilevare dolenzia alla percussione profonda non esista lesione organica: la piccola entità della lesione e particolari condizioni del sistema nervoso possono rendere negativa la ricerca del sintoma: ma affermiamo invece che l'esistenza di dolenzia alla percussione forte e profonda attesta in modo sicuro una lesione organica.

CONCLUSIONI.

Nella diagnosi di lesioni organiche degli organi addominali la percussione forte e profonda dello addome ci può fornire preziosi ragguagli spesso di maggiore importanza rispetto ai dati offerti dalla palpazione.

BIBLIOGRAFIA.

1. BOAS. Diagnostik u. Ther. d. Magenkrank, 6, ed., p. 36.
2. MENDES. Muench. med. Wochenscr., 1903, n. 13.
3. MENDES. Deutsch. med. Wochenscr., 1910, n. 37.
4. PLÖNNIES. Volksmann Sammlung., 1905, n. 399.
5. BOFINGER. Volksmann Sammlung., 1907, n. 448.
6. SCHIASSI. XXIV adunanza Soc. Ital. di chirurgia, Roma, 1911.
7. SECCHI. Riforma medica, 1912, n. 8-9-10.
8. BOAS. Zeitschr. f. äerztl. Fortbildung, 1918, n. 3.
9. UHLMANN. Archiv f. Verdauungs-Krank. vol. 26, 1920, pag. 53.
10. MEYER e UHLMANN. Mediz. Klinik, 1920, n. 7.
11. BOFINGER. Med. Klinik, 1921, n. 30.
12. MAKENZIE. *Krankheitszeichen u. ihre Auslegung. Trad. ted. da* MÜLLER-KABITSCH, 1917.
13. HEAD. *Sensibilitätsstörungen d. Haut.* Berlin, 1896, ed. Hirschwald.
14. WESTFALL e KATSCH. Mittheil. a. d. Grenzgeg. d. Med. u. Chir., vol. 26, 1913.
15. EWALD. Deutsche med. Woch., 1911, n. 14.
16. WESTPHALEN. Muench. mediz. Wochenschr., 1912, n. 52, pag. 2873.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI FARMACOLOGIA, TOSSICOLOGIA E TERAPIA DELLA R. UNIVERSITÀ DI MESSINA.
Direttore: VINCI.

Sopra un caso di orina filante

per il dott. LUIGI TOCCO, aiuto.

Pubblico questo caso del tutto nuovo di orina filante, che seguo da 11 anni, perchè si differenzia dai casi finora descritti sia per l'eziologia sia per i caratteri fisici. Infatti le orine descritte come filanti sono dovute ad un glico-batterio e presentano i caratteri di « *uno sciroppo denso tanto da dare un filo dello spessore di un dito, come si può osservare travasando l'urina* » [Colla e Fornaca (1)]; nel mio caso, invece, l'orina è sterile, oltre che filante e vischiosa ed elastica per presenza di una sostanza che si scioglie nell'orina e dà dei fili lunghi parecchi metri, delle lamine sottilissime e lunghissime, ecc., come descriverò a suo luogo.

C. M., anni 37, celibe. Individuo di buona costituzione. Non fu mai malato, non contrasse

mai malattie veneree, fuma e beve moderatamente. Nulla si rileva all'esame degli organi interni, del sistema nervoso e degli organi genitali.

C. M. ricorse alle mie cure nel 1910 perchè essendo alquanto vizioso e raffinato, quando protraeva ad arte l'orgasmo venereo sentiva qualche cosa di viscido nel meato urinario, un peso al membro che l'obbligava ad orinare e subito alla prima minzione, veniva fuori un getto di una sostanza mucilagginosa, vischiosa ed elastica che raccolta nelle mani si poteva stirare sino a formare fili lunghissimi, lamine sottili.

Questo disturbo non appariva mai se egli sacrificava a Venere normalmente.

ORINA FILANTE.

Osservazioni sulla minzione. — La verga dopo un leggero orgasmo venereo si presenta tumida, ma non eretta, e spremendo la parte anteriore fuoriesce dall'uretra qualche goccia di una sostanza limpida, semifluida, attaccaticcia, fortemente filante. Dopo un lungo eccesso invece, ad ogni pressione sull'uretra, il corpo filante esce dal meato, ma non si riesce a spremerlo tutto così che mingendo non se ne trovi mescolato all'orina.

Il massaggio anale della prostrata non determina che scarsa e rara fuoriuscita di liquido prostatico.

Facendo la prova dei tre bicchieri, solo nel primo si trova la massa filante mescolata ad orina. Se dopo un eccesso di orgasmo venereo l'ammalato va a letto senza orinare, la sostanza filante permane nell'uretra tutta la notte ed è emessa colla prima minzione.

Orinando liberamente a terra, un primo getto piccolissimo è normalmente proiettato a distanza, poi si arresta perchè una massa gommosa esce con un certo stento dal meato e cade ai piedi del malato, indi il getto di orina è lanciato di nuovo alla distanza di prima.

Caratteri generali dell'orina. — Le orine che contengono indisciolta la sostanza filante sono simili a quelle che M. C. emette normalmente, solo i fosfati sono talvolta in aumento.

Non riporto gli esami chimici delle orine e microscopici del sedimento perchè non presentano nulla di notevole.

L'orina subito emessa non presenta il carattere di filante, ma lo diventa in seguito se viene così com'è minta lasciata a sè, perchè la sostanza vischiosa in progresso di tempo, o per agitazione o per diffusione, si discioglie nell'orina.

La densità è maggiore di quella delle orine normali di uno o due punti, schiumeggia fortemente, è densa come sciroppo ed immergendovi un bastoncino e retraendolo si ottiene un filo più o meno lungo e sottile.

Questi caratteri si conservano per 2-3-5 giorni, poi lentamente scompaiono coll'alterarsi della orina.

Raccolta in tubi sterili si mantiene inalterata per lungo tempo, colorandosi solo in giallo bruniccio.

Piccole quantità di orine filanti aggiunte ad orine normali non determinano in esse alcuna modificazione.

Presenta alcuni dei caratteri chimici che descriverò in seguito per la sostanza filante: non intorbida al calore di ebollizione, intorbida trattata con alcool concentrato o soluzioni sature di NaCl, $MgSO^4$, $(NH^4)^2SO^4$.

SOSTANZA FILANTE.

Eliminazione. — Si forma esclusivamente in seguito ad eccitazione psichica d'indole venerea.

La quantità è sempre proporzionata alla durata ed alla intensità dello stimolo.

Un desiderio rapido fa secernere tanta sostanza da umettare con una o due goccie il meato urinario, forti eccitamenti determinano secrezione abbondantissima.

L'astinenza protratta di settimane e mesi non à alcuna influenza sulla secrezione; al primo stimolo venereo si secerne sostanza filante.

Durante la defecazione, l'equitazione, non si ebbe mai emissione di sostanza filante. La masturbazione, i sogni voluttuosi possono determinare iaculazione, mai questa secrezione.

È emessa mescolata alle orine dalle quali non si differenzia in alcun modo alla semplice ispezione perchè à identica limpidezza e colore.

Separazione. — Ho potuto separarla dalla orina subito emessa in diversi modi:

1° Si raccolgono le orine in provino lungo e stretto e si abbandonano a sè stesse per 15'-20'. La sostanza filante, più pesante, si porta al fondo. Si decanta l'orina lentamente osservando il getto che cadendo dall'alto a guisa di filo si sparpaglia poi in goccie. Quando il getto scende intero si sospende di decantare, altrimenti tutta la massa filante trabocca in blocco dall'orlo. Si versa tutto in un filtro e, gocciolata la restante orina, sul fondo resta il corpo filante.

2° Si versa lentamente nel concavo di una mano l'orina che si fa defluire lentamente dagli spazi interdigitali che si tengono bene accollati. Quando tra le dita si percepisce la sensazione di un corpo gommoso, si stringono fortemente in modo che solo il liquido scoli. La massa filante resta tutta nel palmo della mano.

3° Di fronte e ad una certa distanza di un ventilatore in azione si collocano due cristallizzatori da 12 cm. di diametro. Da un provino, tenuto verticalmente sul primo cristallizzatore, si versa lentamente l'orina. Il getto liquido viene lanciato dalla corrente aerea nel secondo cristallizzatore e solo la massa filante più pesante cade nel primo.

4° Versando l'orina su filtro di tela a trame strette.

5° Versando l'orina sopra una grande lastra di porcellana porosa.

6° A mezzo di imbuto separatore.

Siccome comunque sia separata contiene sempre delle traccie di orina, ho sempre lavato rapidamente la massa filante una o due volte con acqua distillata nella quale è poco o niente solubile.

Caratteri fisici. — È emessa ordinariamente nella quantità di 25-30 cmc., mai oltrepassa i 35-40. Somiglia moltissimo all'albume di uovo di giornata, perfettamente limpida, incolore e appena giallastra, costituita di una parte più addensata e di una parte più fluida che facilmente e rapidamente si dissolve nell'orina la

quale allora fila leggermente e spumeggia forte.

Forma. — Ho potuto osservare con diversi artifizi che subito emessa, come l'albume di uovo, à una forma sua propria, infatti:

1° Se si mette la massa filante in una soluzione di NaCl che abbia la sua stessa densità, essa, non più soggetta alle leggi della gravità, piglia una forma allungata a cilindroide più o meno grosso.

2° Se si pone la massa filante in un vaso largo con una soluzione diluitissima di H^2SO^4 HCl e poi si aggiunge rispettivamente una traccia di soluzione di cloruro di Ba o di nitrato di argento, il tenue precipitato che si forma si deposita sulla massa filante che si presenta a forma di nastro più o meno largo giacente nel fondo del recipiente.

È inodora, à sapore appena salato, reazione neutra o leggermente acida, densità superiore a 1050-1060, tanto che non è possibile stabilirne la densità coll'ureometro.

Seccata a 37° e poi a 100° si presenta come laminette giallastre, splendenti, trasparenti che si rigonfiano senza sciogliersi nell'acqua.

Questa sostanza filante è dotata di una duttilità ed elasticità meravigliosa: raccolta nelle mani si lascia tirare, in grossi o sottili fili lunghi più di 2 m., che potrebbero diventare anche più lunghi se per il proprio peso non si spezzassero; può dare delle lunghe lamine trasparenti e sottilissime che abbandonate a sè stesse si raggrumano.

Caratteri chimici. — Non coagula al calore di ebollizione anche se acidificata leggermente con acido acetico.

Se è pura, gli acidi minerali e l'acido acetico determinano in essa un intorbidamento, se contiene traccie di sali dell'orina questo intorbidamento non avviene od è appena accennato. È precipitata dall'alcool concentrato, e da soluzioni concentrate di NaCl, $MgCO^3$ $(NH^4)^2SO^4$. Non dà la prova di Heller per l'albumina, con acido acetico e ferrocianuro di potassio non intorbida.

Dà la reazione xantoproteica, di Millon, del bisureto.

Dopo seccata a 100° si sgonfia in acqua senza sciogliersi, ma è solubile in alcali diluiti coi quali forma soluzioni neutre. Viene scissa dagli alcali e dagli acidi, sia a caldo che a freddo, dando dei composti che non ho potuto studiare per la scarsa quantità di materiale a mia disposizione.

Caratteri microscopici. — A luce lateralizzata o in campo oscuro presenta delle strie longitudinali. Si colora uniformemente tanto coi colori di anilina acidi che basici.

Natura chimica. — Basandoci sui caratteri fisico-chimici sopra riportati possiamo solo dire che la sostanza filante è di natura proteica, che appartiene al gruppo dei proteidi, ma non ci è possibile per ora determinarla meglio.

CONSIDERAZIONI.

In quale parte dell'apparato uretro-genitale si produce la sostanza filante?

Possiamo senz'altro escludere i reni e la vescica urinaria sia per la rapidità di produzione: subito dopo una leggera eccitazione venerea premendo la verga si à fuoriuscita dal meato di qualche goccia di sostanza filante; sia per la prova dei tre bicchieri; sia perchè fatta l'espressione di tutta l'uretra e spremuta là sostanza filante, le orine emesse in seguito ne sono prive o quasi.

In quale parte dunque dell'uretra si produce?

Per il fatto che, dopo pulita l'uretra coll'espressione o con lavaggi, col massaggio anale della prostata non esce alcuna sostanza o scarso umore prostatico, opalescente, colle tipiche concrezioni, mentre la massa filante è limpida, foggiata a cilindroide e mai in essa ho riscontrato concrezioni microscopiche tingibili in bleu coll'iodio; debbo concludere che questa sostanza deve essere secreta dalle ghiandole bulbo-uretrali (g. del Cowper) e dalle piccole ghiandole alveolari numerosissime che trovansi disseminate in tutto il decorso della mucosa uretrale (g. del Little).

Ma siccome si sa poco sul secreto e sulla funzione di queste ghiandole e i pochi pareri sono discordi (Stilling-Hugier-Schmidemühl) ho già iniziato delle ricerche per studiare sperimentalmente queste secrezioni e ne comunicherò i risultati in una seconda prossima nota.

BIBLIOGRAFIA.

1. COLLA e FORNACA. *Su di un caso di orina filante in individuo diabetico.* Riforma medica, anno IX, vol. III, 1895, pag. 782 (danno la bibliografia sino al 1895).
2. STILLING. Pflügers' Arch., 96, B. 1903.
3. LUCIANI. *Fisiologia dell'uomo*, vol. V, 1913.
4. LANDWEHR. *Thierisches Gummi, ein normaler Bestandtheil des menschlichen Harns.* Centralblatt f. d. med. Wissensch., 23 mag., n. 21, 1885.
5. LANDWEHR. *Ueber die Bedeutung des thierisches Gummi*, ecc., Jahres-Berich. fur thier. Chemie, 1886.
6. ALBERTONI. *Urina filante.* Memorie R. Acc. Scienze di Bologna, fasc. IV, 1889.

NOTE POLEMICHE.

Ancora sulla tinta dei malarici.

On. Direttore,

Mi permetta ancora un breve cenno in risposta al Prof. Jona, sempre sull'argomento della tinta dei malarici.

Egli ha condotto i suoi studî sulle tinte e in particolare, per ciò che ci riguarda, sulla tinta dei malarici, con tale rigorismo di metodi e confortando ogni sua affermazione con sì gran copia di reperti istologici e ricerche biochimiche, che si è foggiato un habitus mentale così severo da fargli ripudiare tutto quello che non può ricevere dimostrazione dai suddetti metodi scientificamente rigorosi.

È indiscutibile che un simile fondamento sia il più solido per noi nell'interpretazione della semeiotica delle tinte, ma è pur cosa indiscutibile che chi volesse oggi accettare solo quella parte dell'endocrinologia che ha la sua dimostrazione basata su concetti di biochimica e sul controllo anatomo-istologico, dovrebbe accontentarsi di ben poca cosa e rinunciare a molti dati che la sola clinica ci offre incontestabili. Allo stato attuale delle nostre conoscenze la bio-chimica ci può solo insegnare ad essere prudenti nell'accettarne le deduzioni e ad accontentarci di assai poco; l'anatomia patologica poi nello studio dell'endocrinologia «non marcia di pari passo con la clinica: a lesioni lievi possono corrispondere manifestazioni funzionali gravi; lesioni anatomiche gravi possono decorrere clinicamente mute» (Pende).

Se quindi vogliamo ammettere l'intervento dell'iposurrenalismo nella tinta dei malarici dobbiamo oggi accontentarci di quei rilievi clinici che sono riassunti nel periodo da me citato dell'Ascoli e non siamo autorizzati a ripudiarli solo perchè manca la dimostrazione richiesta dallo Jona. I metodi rigorosi usati nello studio della tinta vengono a mancarci quando vogliamo mettere in campo una questione di endocrinologia; ciò però non può essere sufficiente per farci escludere un fattore che i criterî clinici ci inducono invece a ritenere presente. L'osservazione clinica ci fa rilevare una tinta malarica *sui generis* e ci induce a pensare che essa sia in parte dipendente dall'iposurrenalismo; se le ricerche di laboratorio restano negative non per questo negheremo il fatto clinico ma solo diremo che il laboratorio non ha saputo spiegarci il fatto.

***

Il Prof. Jona mi avverte che la colorazione bruna dell'iposurrenalismo si estende anche alle mucose mentre che nella malaria nessuno ha mai parlato di pigmentazione delle mucose. Io gli osserverò che in diversi malarici nel periodo in cui è maggiore il colorito terreo anche la congiuntiva sclerale è di colore scuro. Ne ho osservato un caso recentemente: con la cura sparvero gli accessi febbrili e la colorazione terrea della sclera. Ora se qui si trattasse di semplice anemia la sclera, normalmente bianca, non potrebbe che apparire bianca qual'è. D'altra parte nell'iposurrenalismo non è rara la pigmentazione bruna della sclera: mi basti citare l'osservazione antica tipica di Thompson. Nel caso mio mi fu facile escludere la presenza di ittero mediante un semplice esame delle urine.

Il Prof. Jona mi fa osservare che la tinta terrea si manifesta talora in modo rapido dopo uno o due attacchi febbrili *quando cioè è impossibile che si sia già prodotto tutto il meccanismo di iperpigmentazione da iposurrenalismo* Cosa posso rispondere se non citando le esperienze di Königstein che fa testo in fatto di melanodermia da iposurrenalismo? Il Königstein dimostrava che in cinque cani, *già 8-10 ore* dopo l'ablazione dei surreni, la pigmentazione dei pezzi di cute staccata era assai più forte in confronto ai pezzi di cute staccati prima dell'operazione. In due cani scapsulati il Königstein alcune ore dopo l'operazione iniettava una soluzione adrenalinica nelle vene. In questi animali la cute che già presentava (si badi, dopo alcune ore), i segni dell'iperpigmentazione, dopo l'iniezione di adrenalina aveva perduto questa proprietà. Queste ricerche confermate da Biedl e da Hofstätter servono a dimostrare con quale rapidità possono avvenire le alterazioni del pigmento cutaneo in rapporto alla funzione surrenale.

Un'altra obbiezione mi è fatta dal Prof. Jona in questi termini: «se l'iposurrenalismo dovesse determinare una tinta speciale e costante nei malarici, non vedo perchè non dovrebbe darla a tubercolosi, a dissenterici, a tifosi, nei quali, per comune consenso, esso ha una non minore importanza».

Potrei rispondere che noi siamo ben lungi dal conoscere la natura delle tossine circolanti nel sangue nelle diverse malattie e l'influenza che esse possono avere sulle ghiandole a secrezione interna. È un capitolo ancora troppo poco conosciuto per poter rispondere, è un campo assai pericoloso per fare delle congetture e tirare conclusioni da pochi fatti isolati e incerti.

Alcuni autori, p. e., riferiscono i sintomi di adinamia e di ipotensione non già al difetto

di azioni adrenaliniche, ma all'aumento in circolo di prodotti tossici ad azione astenizzante ed ipotensiva pur ritenendo l'iperpigmentazione dipendente dalla insufficienza surrenale. Ci sarebbe già in questa teoria un nucleo per spiegarci il fatto che diverse malattie diano ipotensione e astenia senza pigmentazione, e altre invece diano le une e l'altra, e ciò in dipendenza dalla natura delle tossine elaborate dai rispettivi germi patogeni.

Ma pur ammettendo invece coi più che nella genesi della astenia muscolare-psichica e dell'ipoangiotonia abbia parte preponderante la sostanza midollare con la secrezione adrenalinica, si ritiene (Pende) che nella genesi dei disturbi pigmentari la corticale deve prendere la sua parte. Con questi accenni non pretendo dimostrare una demarcazione fra le funzioni delle due parti del surrene; essi lasciano però dubitare che pur nella loro ormai indiscussa sinergia funzionale possa la capsulare influire precipuamente sopra un fenomeno, e la midollare sopra un altro, ed allora come escludere che delle tossine abbiano influenza più su di una sezione o sull'altra?

Infine i rapporti fra la corteccia dei surreni e il pigmento di origine ematica sono ormai ben accertati; tolgo dal Pende che «in condizioni che aumentano la emolisi (condizioni che troviamo appunto verificate nella malaria a differenza o più che nelle altre citate malattie) tutta la corteccia appare sovraccarica di pigmento d'origine ematica, pigmento che dopo un certo tempo non si distingue dal pigmento ordinario delle capsule». Questo risulta dalle osservazioni sperimentali sul comportamento delle capsule nelle intossicazioni da veleni emolitici. (Pilliet, Laignel-Lavastine, Zanfrognini, Jacopini, Lucien e Parisot).

È vero che nelle ricerche sui rapporti di questo pigmento corticale con il pigmento cutaneo è impossibile non tener conto anche dell'influenza di altri ormoni (genitali) ed è impossibile quindi conoscere la destinazione dei due pigmenti, ma «un rapporto di esso con il tono pigmentario normale della cute è supponibile per i fatti noti concernenti il parallelismo fra l'intensa formazione di pigmento cutaneo in alcuni stati fisiologici *e l'attiva formazione di pigmenti nella corteccia surrenale* e nelle ghiandole genitali. Ad ogni modo le considerazioni sovraesposte ci costringono ad ammettere che la corteccia surrenale (e indirettamente le malattie a tossine emolitiche) deve intervenire nel metabolismo dei pigmenti fisiologici e per conseguenza deve prendere la sua parte di responsabilità per la genesi della più importante delle anomalie pigmentarie patologiche, la melanodermia degli addissoniani» (Pende).

Ora se tutto questo non può chiamarsi dimostrazione positiva del perchè una malattia fortemente emolitica quale la malaria dia una pigmentazione cutanea che non è data da altre malattie non così emolitiche, pure basta ad avvertirci che, date diverse tossine, non dobbiamo necessariamente attenderci degli uguali risultati dalla loro influenza su una ghiandola anatomicamente complessa e anche più complessa e oscura dal lato fisiopatologico.

***

In ogni modo voglio tener preziosa nota di tutto quanto mi suggerisce il Prof. Jona e mi sarà cosa grata occuparmi dell'argomento secondo le sue direttive allo scopo di poter consentire con le sue vedute oppure, in caso contrario, opporre qualche eventuale dato di istologia.

RingraziandoLa, signor Direttore, se mi vorrà pubblicare questa replica, La riverisco promettendole di non voler oltre abusare della ospitalità del suo giornale.

Chignolo Po, 29 settembre 1921.

Dott. GIAN FRANCO CAPUANI.

***

Chiuderò io pure con una breve replica.

Permetta il dott. Capuani ch'io insista nel ritenere che anche dal lato dottrinale, nulla ci autorizza ad ammettere che in poche ore la lesione surrenale possa determinare nel malarico un colorito oscuro della pelle.

Gli esperimenti di Königstein da lui citati non dimostrano nei cani scapsulati che una rapida esagerazione di quel fenomeno di ipercolorazione cutanea *post-vitale* che fu dimostrata da Meirowsky in pezzetti di pelle, escisi dal vivo o dal cadavere, e posti in termostato. Così i suoi dati non smentiscono, ma completano quelli di tutta la serie di osservatori precedenti, che negarono le macchie pigmentali nella cute o nelle mucose degli animali scapsulati di recente.

Ma non basta: Königstein stesso che constatò la iperpigmentazione cutanea *post-vitale* nel cane scapsulato, la escluse in tutte le altre specie animali sperimentate.

Non abbiamo quindi diritto di generalizzare i suoi risultati. E poichè l'osservazione clinica, penso anch'io col dott. Capuani, conserva tutti i suoi diritti di fronte al laboratorio, rimane, che nel quadro dell'iposurrenalismo acuto dell'uomo la iperpigmentazione cutanea man-

ca: anzi Sergent e Bernard che hanno creato la sindrome dell'insufficienza surrenale acuta, fanno della melanodermia il carattere distintivo fondamentale tra le forme lente e acute dell'insufficienza stessa. E poichè essi stessi in una sola loro osservazione hanno notato l'esistenza di quella piccola macchia brunastra sulle cosce, si affrettano a negare ad essa esplicitamente un qualsiasi significato addisoniano.

Io mi permetto di consigliare al dott. Capuani un eguale riserbo nell'interpretare il suo caso (che debbo pur considerare eccezionale) di colorito oscuro della congiuntiva in un malarico.

Riguardo ai rapporti tra emolisi, anche malarica, e iper-pigmentazione delle capsule, io nulla ho da eccepire. Ma quanto siamo lontani da questo fatto all'iperpigmentazione cutanea!

Non farei che ripetermi, ricordando ancora che le melanodermie da emolisi sono così rare ch'io non ho trovato che due osservazioni sopra una vasta letteratura, generale e dermatologica.

È dunque ai fatti, non alle vaghe possibilità, ch'io mi richiamo ancora. Ho accettato la polemica con l'egregio collega dott. Capuani per la dottrina ed il garbo ch'egli vi ha posto. Ma mi permetta di dirgli che avrei preferito la iniziasse con ciò che promette invece alla chiusa, vale a dire col controllo dei miei dati, da cui, senza accorgersi, egli ha continuato ad astrarre.

Prendo atto lietamente della sua promessa, e se ci metteremo d'accordo sui fatti, allora solo potremo riprendere con frutto la discussione sulle ipotesi.

G. JONA.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

L'uso del sigmoidoscopio come aiuto alla diagnosi nella dissenteria cronica. (1)

È noto come talvolta nella dissenteria cronica sia difficile accertare la diagnosi in pazienti i quali hanno contratto l'infezione da tre, quattro o più anni. La cronicità di questi casi suggerisce a prima vista che la maggior parte di essi sieno di origine amebica; invero, per quanto le dissenterie amebiche sieno frequenti, tuttavia è stato osservato che talvolta talune dissenterie sono state ritenute inesattamente amebiche e queste sono state aggravate nei loro sintomi da un trattamento antiamebico; d'altro canto non poche diarree croniche certamente amebiche non sono state trattate come tali.

Noi sappiamo come un esame microscopico delle feci, anche ripetuto per più volte, può essere negativo per presenza di amebe sia allo stato vegetativo che allo stato cistico, e così anche un esame culturale per bacilli dissenterici; le reazioni sierologiche sono talvolta di nessuna importanza diagnostica decisiva. Vi sono però casi nei quali, prima di accertare una diagnosi e di stabilire un razionale trattamento, occorrono più giorni e ripetute ricerche.

Philip Manson-Bahr e A. L. Gregg hanno usato il sigmoidoscopio (Trans of the Royal Society of Tropic. Medic. e Hyg. January 1921) come mezzo di aiuto alla diagnosi e di controllo al trattamento.

I vantaggi dell'uso del sigmoidoscopio sono:

1) una rapida ed accurata diagnosi da visione diretta;

2) possibilità di rilevare condizioni intestinali non sospettate (emorroidi, sifilide, malattie gravi e maligne, polipi, ecc.,);

3) diminuzione dei casi di dubbia etiologia.

La preparazione del paziente per l'esame rettale richiede attenzione.

Gli AA. hanno trovato molto soddisfacente il seguente metodo:

somministrare mezza oncia di olio di ricino la sera precedente e nel mattino successivo eseguire, prima dell'uso del sigmoidoscopio, un clistere di acqua e sapone per pulire bene il retto.

---

(1) Nella R. Clinica Medica di Roma il dottor Roseo ha applicato da tempo l'uso del sigmoidoscopio come aiuto alla diagnosi nelle forme intestinali ed ha già fatto le stesse osservazioni che sono riferite in questo riassunto.

somministrare dopo il clistere poche goccie di tintura di oppio per rendere l'intestino meno sensibile alle manipolazioni; non usare anestetici forti, perchè mentre lo strumento si introduce, è preferibile esser guidati dalle sensazioni di dolore o di pena del paziente; quando si intende esaminare un intestino ulcerato si deve avere una gran cura nell'introduzione dello strumento; dopo avere attraversati gli sfinteri lasciarsi guidare soltanto dalla visione diretta.

Il grado di dolore è molto variabile; in genere è maggiore nei casi della dissenteria bacillare e nei soggetti altamente sensibili; l'ulcerazione dell'intestino sembra di avere poca importanza su questo punto in quanto chè gli AA. affermano che in alcuni casi con estese ulcerazioni le sofferenze degl'infermi erano poche mentre essi erano esaminati.

Lo strumento può essere introdotto per una distanza varia nei varii soggetti (10-25 cm.).

Apparenze delle ulcerazioni amebiche. — Ulcere di variabili dimensioni, con margini emorragici e cavità verdastra o grigiastra; alcune appaiono di essere poco profonde, altre sono di notevole profondità. La membrana mucosa è di un colore giallastro e sana in apparenza. Nel complesso le lesioni rassomigliano a quelle che si vedono all'autopsia, ma sono evidenti le piccole emorragie petecchiali, le quali dopo morte sono oscurate ed è anche evidente la colorazione dei coaguli di sangue che coprono le piccole ulcere.

In una piccola percentuale di casi sicuramente amebici, diagnosticati microscopicamente, il retto può non essere ulcerato; in questo caso è probabile che le ulcerazioni sieno nella porzione superiore dell'intestino largo, al di là della possibilità di visione col sigmoidoscopio.

Introducendo attraverso il sigmoidoscopio un'ansa si può eseguire il raschiamento di queste ulcere e quindi importanti preparati microscopici.

Apparenze nella dissenteria bacillare. — Le lesioni vedute nel basso intestino consistono di molta parte di tessuto di granulazione, che rappresenta un tentativo, da parte dell'intestino, di rimpiazzare possibilmente i tessuti distrutti dalla necrosi precedente specifica; possono essere anche presenti alterazioni infiammatorie, dovute probabilmente ad una secondaria invasione della mucosa alterata da parte degli organismi intestinali oltre ai bacilli dissenterici.

Le alterazioni possono essere classificate nel modo seguente:

1) la più mite forma appare un'iperemia della mucosa; questa è più sensibile della mucosa normale al passaggio dello strumento;

2) iperemia acuta della mucosa con apparenza debolmente granulare attraverso il canale rettale o che occupa definite zone;

3) masse di tessuto di granulazione sovrapposte sulla membrana mucosa atrofica e fibrotica;

4) polipi granulomatosi che sorgono dalla parete intestinale iperemica o emorragica.

I casi con lesioni di estrema gravità sono sempre in condizioni critiche e quindi è molto difficile, anzi impossibile, l'uso del sigmoidoscopio.

c. b.

SIFILOGRAFIA.

Note sopra una serie di incidenti verificatisi nel trattamento con gli arsenobenzoli.

(Ddott. G. Mariani, *Soc. Med.-Chir. di Pavia*, 22 luglio 1921).

È la relazione di svariati inconvenienti, relativamente poco numerosi, osservati durante una lunga esperienza nella clinica Dermosifilopatica di Pavia (circa 10.000 iniezioni dei diversi preparati arsenobenzolici italiani, francesi e tedeschi).

L'A. accenna appena agli inconvenienti locali (endo-periflebiti e celluliti intestiziali) in gran parte in rapporto coll'imperizia dell'operatore, talvolta con particolari condizioni anatomiche delle pareti venose; la loro gravità è in relazione diretta col grado di alcalinità del preparato e colla concentrazione della soluzione usata.

Molteplici e difficilmente classificabili sono i fenomeni generali, per i quali il meccanismo patogenico rimane in buona parte oscuro. Non crede si possano distinguere alterazioni atossiche da alterazioni tossiche in seguito alla introduzione di arsenobenzoli; tenuto conto dei fattori eccezionali che entrano in questione in rapporto colle vie anormali di introduzione e colle dosi affatto speciali nelle quali è usato il farmaco, ritiene si possano far rientrare tutte le lesioni funzionali ed anatomiche nel quadro degli avvelenamenti da arsenico. Anche in questi casi l'arsenico si mostra nettamente vasotropo; non c'è perciò ragione di staccare alcuni gruppi di azioni dal quadro della intossicazione arsenicale, per il fatto che si tratta per lo più di fenomeni fugaci e perchè, quando anche sono gravissimi nelle loro conseguenze, non lasciano quasi nessuna traccia obbiettivamente rilevabile.

Crede di poter distinguere: 1° dei fenomeni tossici acutissimi (essenzialmente vasomotorii, fugaci, immediati, diretti o riflessi); 2° dei fenomeni acuti o subacuti a carico degli svariati

apparati od organi, dovuti alla prima eliminazione del farmaco, più o meno precoci, fugaci o più duraturi; 3° dei fenomeni tossici cronici (eliminazione prolungata, accumulo, azioni dirette o indirette, diffuse, per lo più a lungo decorso).

Naturalmente non vi sono linee di demarcazione nette fra i tre gruppi dei fenomeni tossici, anzi si possono osservare forme diverse di passaggio fra gli uni e gli altri.

Fra le azioni del primo gruppo le più comuni sono quelle note col nome di crisi nitritoidi; l'A., che ha potuto osservarne un numero notevole, per lo più di grado leggero, in alcuni casi però anche con fenomenologia impressionante, le deve mettere in rapporto da una parte con uno speciale modo di reagire dell'organismo e dall'altra parte con una costituzione chimica alterata dei preparati; si possono osservare in alcuni individui anche con dosi minime e con qualunque campione di arsenobenzoli; e si possono osservare, in grado diverso, in tutti i soggetti iniettati con determinati campioni di arsenobenzoli (serie tossiche). Distingue dal punto di vista clinico due tipi principali di sindromi vasomotorie:

1° Un tipo nitritoide propriamente detto, a base di dilatazione vasale periferica (crisi vasodilatatorie ipotensive; efficacia spiccata preventiva e curativa della adrenalina);

2° Un tipo angiospastico, sincopale primitivo (pallore, cianosi, edema, accompagnamento frequente di disturbi nervosi passeggeri, a tipo epilettico o paralitico: controindicato l'uso della adrenalina).

Non crede si possa finora con fondatezza stabilire l'identità, in linea generale, di questi fenomeni con quelli noti sotto il nome di crisi colloidoclastiche di natura anafilattoide. Nessuno dei casi osservati dall'A. ebbe esito letale. Un gruppo speciale di forme a tipo misto circolatorio-tossico sono quelle note sotto il nome di reazioni di Herxheimer, di focolaio; importantissime fra le altre quelle a carico del sistema nervoso, che rappresentano una parte almeno delle neurorecidive; l'A. ne ha osservato un numero discreto di casi, quasi tutti di grado leggero, a carico del facciale, del terzo e quarto paio, dell'ottico e dell'acustico, che ritiene si debbano interpretare caso per caso con un diverso meccanismo in parte specifico per la spirocheta ed in parte caratteristico per l'arsenico.

Le sintomatologie acute, subacute o croniche di natura eliminatoria possono presentarsi a carico di qualunque apparato od organo e possono manifestarsi con una gravità estremamente diversa. Spessissime volte si deve incriminare, accanto a quella dell'arsenico, l'azione tossica del mercurio, introdotto prima o contemporaneamente a quello; le alterazioni anatomiche alcune volte leggere e mal precisabili, possono in altri casi essere molto grossolane, degenerativo-necrotiche.

A carico della cute, oltre a lievi forme fugaci eritematose, papulose, erpetiformi, l'A. osservò un gravissimo caso di eritrodermia desquamativa, in una donna sessantenne, affetta da sifilide recentissima trattata col metodo misto endovenoso contemporaneo arsenobenzolo-sublimato; comparve dopo la quinta iniezione e fu accompagnata da intensi fenomeni reattivi a carico delle mucose congiuntivale, boccale, vaginale, vescicale, gastro-intestinale; febbre mediocre, albuminuria leggera; la grave fenomenologia si risolse in una quarantina di giorni.

A carico del sistema digerente, all'infuori di risentimenti più o meno accentuati del tubo gastroenterico, soprattutto in corrispondenza del colon trasverso, si osservarono alcuni casi di ittero, che si ritiene di dover attribuire per la maggior parte all'azione dell'arsenico: ma specialmente merita menzione un grave caso di ittero acuto tossico che però non si sa in quante parte attribuire a questo ultimo medicamento od al mercurio. In una giovane donna gravida al sesto mese, sottoposta al trattamento misto endovenoso (arsenobenzolo-sublimato) comparve dopo la quinta iniezione, accompagnato da rialzo termico piuttosto elevato e da scarsissima fenomenologia intestinale, un ittero acuto coi caratteri di occlusione completa delle vie biliari: scomparsa completa dei pigmenti biliari dalle feci, grande abbondanza degli stessi nell'orina, prurito, cefalea, fenomeni catarrali delle vie respiratorie; interruzione della gravidanza; durata molto lunga dei fenomeni itterici; lieve e fugace albuminuria.

Gli organi più gravemente se non più frequentemente colpiti sono apparsi i reni: accanto a riacutizzazioni fugaci di nefriti sifilitiche, condotte poi alla guarigione cogli stessi arsenobenzoli; accanto a lesioni renali di antica data, non sifilitiche, riacutizzate dalla cura, che ne richiedono la sospensione assoluta o ne permettono il proseguimento quanto mai prudenziale, si sono osservate delle nefriti tossiche gravi che possono condurre all'esito letale, imputabili in parte al solo arsenobenzolo, in parte invece anche, se non prevalentemente, all'azione deleteria precedente o contemporanea del mercurio sul rene. I due unici casi di morte osservati dall'A. nel loro decorso

clinico, e seguiti poi al tavolo anatomico, si riferiscono precisamente a forme tossiche pure o miste con sede essenzialmente renale. In uno dei casi era innegabile la preponderante azione deleteria del mercurio: un giovane di 23 anni affetto da sifilide recente curato in modo inopportuno con preparati mercuriali, malgrado presentasse condizioni generali sempre più deperite e sintomi di lesioni renali (albuminuria e cilindruria) fu sottoposto, per combattere gravi manifestazioni specifiche cutanee ed ossee, ad una iniezione endovenosa di 10 centigrammi di sulfoxilat-salvarsan; si ottennero immediati risultati brillanti sulle forme specifiche, ma un peggioramento così rapido delle condizioni del rene da portare l'ammalato in quattro giorni alla morte: nefrite glomerulo-canicolare subacuta degenerativa tossica; milza molle emorragica; degenerazione grassa diffusa del fegato; reperto positivo abbondante dell'arsenico nel rene e nella milza, scarsissimo nel fegato; reperto positivo molto abbondante di mercurio nel rene e nel fegato, scarsissimo nella milza.

Nell'altro caso che ebbe esito letale si trattava di un giovane di 20 anni, robustissimo, senza alcuna lesione a carico dei vari organi; sifilide recentissima non curata; dopo tre iniezioni di Neojacol I.S.M. a dosi molto moderate (0,15; 0,20; 0,30), appartenenti a serie che furono contemporaneamente usate per altri ammalati senza alcun inconveniente, presentò una nefrite acuta con alta albuminuria e cilindruria, edemi spiccatissimi, fenomeni lievi a carico del polmone, nessuna lesione del sistema nervoso, niente febbre; morte in quindicesima giornata. All'autopsia si ebbe un reperto caratteristico di nefrite tossica acutissima con lesioni degenerative specialmente a carico dei canalicoli; inoltre si avevano focolai di netrosi nei bollicoli splenici; degenerazione grassa diffusa nel fegato; arsenico in tutti gli organi.

Concludendo: vi sono evidentemente delle particolari idiosincrasie individuali verso i preparati arsenobenzolici, che valgono a spiegare alcuni casi dolorosi, come l'ultimo riferito; vi sono inoltre certamente delle alterazioni chimiche mal precisate che rendono tossici alcuni campioni di arsenobenzoli, senza che il controllo biologico sugli animali possa mettere in evidenza tali anomalie nella costituzione del farmaco; però siamo convinti che nella maggior parte dei casi di inconvenienti da arsenobenzoli si riesce a trovare, con una ricerca accurata sul malato e sul decorso clinico della forma morbosa, qualche dato speciale che avrebbe dovuto, se osservato a tempo e valutato nella sua giusta importanza, sconsigliare dall'intervento cogli arsenobenzoli o da un trattramento misto contemporaneo arsenobenzolo-mercuriale o quanto meno avrebbe suggerito una condotta più prudente nel corso delle cure stesse.

A. S.

CENNI BIBLIOGRAFICI

MARTINET A. *Thérapeutique clinique*, 2 vol. in-8, di complessive 1340 pag. con 312 fig. — Masson e C.ie ed. Parigi, 1921. Prezzo 70 fr.

Un libro del Martinet non può che riuscire bene accetto ai medici, che conoscono la sua arte nell'esporre le questioni sotto forma chiara e concisa, sfrondandole da nozioni teoriche ingombranti e da vaghe incertezze. Quest'opera viene ad integrare l'altra già nota della « Diagnosi clinica » ed espone quanto è veramente utile e necessario conoscere per la terapia.

Nella prima parte sono trattati gli agenti terapeutici, sia i medicamenti propriamente detti, come gli alimenti (dietoterapia), gli agenti fisici e psichici. Nella seconda, fatta in collaborazione con Desfosses, vengono esposte le tecniche terapeutiche mediche, da quelle più semplici, come l'iniezione ipodermica, l'applicazione di un cataplasma, alle più complicate, quali la trasfusione, il pneumotorace, ecc.

La terza parte comprende la terapia sintomatica: l'A. previene subito l'accusa che gli si potrebbe muovere di stabilire una relazione stretta fra un sintomo, che può avere cause multiple, ed un modo terapeutico uniforme. La medicazione sintomatica è invece una notevole disciplina d'azione, quando vi si connetta sempre la ricerca della causa; purtroppo dobbiamo confessare che non raramente questa ci sfugge e siamo costretti alla terapia puramente sintomatica. La disposizione dei sintomi in questa parte è come in quella corrispondente della « Diagnosi clinica » per ordine alfabetico.

Per fornire poi al pratico il filo conduttore che lo deve guidare nelle diverse malattie, viene esposta nell'ultima parte la terapia delle malattie più comuni (infettive, dei diversi apparati, della nutrizione, veneree, cutanee), fatta con una certa brevità e con metodo; a differenza di quanto si vede in altri trattati, dove tutte le opinioni, tutti i trattamenti anche contradditorii sono elencati e messi sopra uno stesso piano senza insistere per un criterio di scelta, l'A. ed i suoi collaboratori dànno alla loro esposizione un indirizzo preciso, che risponde indubbiamente ai fini della pratica.

fil.

PRUVOST M. P. et H. CARRION. *Thérapeutique.* Vol. 30° du Traité de Phatologie médicale de SERGENT RID. DUMAS e BABONNEI. A. Maloine, éd. Paris, 1921. Prix: Fr. 28.

Il volume, dedicato alla terapia, e compilato da Pruvost e Carrion, contiene nozioni di batterioterapia, di vaccinoterapia, di sieroterapia, di emoterapia (Pruvost), un formulario e la tecnica terapeutica (Carrion). Esso è il secondo volume della terapia, il primo è dedicato alla terapia fisica.

Il libro come è concepito, con criteri moderni, svolge capitoli che anche nelle sue linee generali non sono che appena accennate nei trattati. Difficile compito quello di selezionare, nel groviglio delle nozioni, che non ancora hanno avuto sicura sanzione dalla pratica; difficile compito quello di essere breve e chiaro in materia che, per sua natura, è fatta di analisi e spesso di dati contraddittori. Il Pruvost ha assolto il suo compito mostrando piena padronanza dei vari argomenti.

Il contributo del Carrion si riferisce alla pratica quotidiana del medico, che ha bisogno di conoscere l'azione dei farmaci, le vie di introduzione, la tolleranza e l'intolleranza di essi, l'arte di ricettare le nozioni di tecnica medica. Su tale argomento tutte le letterature mediche sono ricche; ma lo svolgimento che Carrion dà alla materia è moderno e chiaro e questo non è piccolo pregio.

Lavoro utile adunque nel suo complesso, che evita al lettore la fatica di ricercare, sparsi nelle riviste, i concetti di moderna terapia.

t. p.

Prof. G. BRECCIA, docente di patologia speciale medica della R. Univ. di Genova. *La cura delle malattie tubercolari del polmone.* Unione Tipografico-editrice Torinese. Torino 1921. (1 vol. in-8, di pag. XXIV-824, con 61 incisioni nel testo).

È il manuale di terapia tubercolare per pratici più moderno e completo che esista nella letteratura contemporanea. Sono 10 brevi e sintetici capitoli in cui il pratico può dire di trovare tutto ciò che basta a indirizzarlo in ogni contingenza della cura antitubercolare. Premesso un capitolo di *generalità fisiopatologiche* della tubercolosi polmonare, si descrivono in modo sobrio e completo le *cure climatiche e solari, le cure dietetiche, con agenti fisici, la cura sanatoriale*, il *pneumotorace artificiale*, le *cure farmacologiche*, le *cure biologiche immuniterapiche* ed *ormoniche*, esponendo per tutte precisi particolari di tecnica e d'impiego pratico. Quindi sotto il titolo *terapia clinica delle pneumopatie tubercolari* si dà un riassunto delle modalità di applicazione delle varie cure predette nelle singole forme morbose tubercolari del polmone e nelle principali perturbazioni funzionali dei diversi organi che ne derivano.

Infine, nell'ultimo capitolo si stabiliscono i rapporti terapeutici fra la cura delle pneumopatie tubercolari e le complicanze dei singoli sistemi sia dovute a malattie tubercolari che non tubercolari e si illustrano le caratteristiche della cura della tubercolosi delle varie età (infanzia, giovinezza, età matura, vecchiaia) nei due sessi, nella gravidanza, nei predisposti, ecc.; l'opera termina con *uno schema di lotta antitubercolare.*

Il lavoro ha per iscopo di mettere sopra un piede di conoscenza e di onestà scientifica la cura pratica della tubercolosi e di mettere in seria e giusta luce i mezzi terapeutici antitubercolari, considerandoli come veri agenti fisiologici di cui interessa conoscere esattamente l'azione prima di applicarli al malato. Tutta l'opera è poi guidata dal concetto che tutte le cure antitubercolari possono come esito finale riuscire o attenuatrici o attivatrici del processo morboso, e che conviene che il pratico sappia distinguere la cura di attivazione da quella di attenuazione per stabilirne l'indicazione e la regolazione.

Con questo libro di pratica e di sistemazione dottrinale si riporta la cura antitubercolare sul concetto della vera e schietta terapia clinica.

A. S.

L. KNAPP. *Die Prophylaxe und Therapie der Enteroptose.* (Praga, Urban & Schwarzenberg, pag. 118, mk. 33.60).

Nonostante i più tenaci sforzi di molti autori, le « ptosi » non sono riuscite ad avere riconoscimento incondizionato e rispettata cittadinanza nel regno della patologia e della clinica: esse hanno troppo dubbie carte d'identità per siffatta ammissione.

Sarebbe ardito dire oggi se il progresso delle nostre conoscenze chiuderà ad esse per sempre le porte, o le fornirà di dati propri e stabili di riconoscimento.

Ecco perchè è un po' arrischiato il libro del Knapp, che vuole occuparsi nientedimeno e di null'altro che della profilassi e terapia dell'enteroptosi, (la qual parola per l'autore significa ptosi viscerale in genere, cioè renale, gastrica, intestinale, uterina, vaginale, ecc.).

Forse sarebbe riuscito più utile far precedere, a questa, una monografia sulla sintomato-

logia, eziologia, anatomia patologica, ecc. dell'enteroptosi: ci saremmo meglio intesi sull'argomento.

Il Knapp in questo suo libro tratta invece della profilassi dell'enteroptosi e quindi della terapia generale (terapia dinamica, meccanica, nervosa): passa poi alla terapia medica delle singole forme principali dell'enteroptosi e dedica brevi capitoli ai corrispondenti interventi chirurgici (enteropessia, uleropessia, ecc.).

Il Knapp dimostra larga conoscenza, anche modernissima, dell'argomento e convinzione nelle idee, che espone: e si lascia leggere volentieri.

Nell'intenzione dell'autore questo libro è destinato ai medici pratici; noi non sapremmo mai abbastanza raccomandare al lettore il più vigile spirito critico, affinchè la seduzione delle idee esposte non conduca poi inconsciamente ad applicare troppo spesso il concetto di « ptosi », per etichettare malattie di ben altra natura ed importanza.

g. sabatini.

CH. FIESSINGER. *Le traitement médical des malades des reins en clientéle.* A. Maloine, éd. Paris.

« Dire ciò che è utile, alleggerire il testo di discussioni senza interesse direttamente pratico »; in queste parole è la linea di condotta dall'A. nel compilare questo breve volume sulla terapia delle malattie renali, dedicato al pratico. « Il pratico ha fretta, dice l'A., e al tempo che egli dedica alla lettura, deve corrispondere un vantaggio immediato ». Imporsi questi limiti, in un capitolo come quello delle malattie renali, in un periodo difficile della medicina in tale campo è una audacia pericolosa: basterà pensare alla difficoltà di sistemare le malattie dei reni in una classificazione che permetta di intendersi, basterà ricordare l'oscurità etiologica, la confusa patogenesi della stessa sintomatologia clinica renale, per comprendere tutti i pericoli di una terapia, fatta di regole, di giorni di cure, di settimane susseguentisi, come i periodi di una prescrizione del calendario religioso. Per tali ragioni noi non abbiamo eccessive simpatie per questi volumi riassuntivi, che tutto al pratico, in breve, vogliono dare!

Il Fiessinger cerca di ovviare a molte difficoltà trattando con divisione razionale la materia: il valore clinico di un esame di urina, i metodi di esplorazione renale, la profilassi e la terapia generale delle malattie renali, la cura idro-minerale, i sintomi, le malattie, sono i vari capitoli nei quali è diviso il volume. In essi è accennato a quanto di moderno, specialmente francese, si conosce, il capitolo dell'idroterapia è affidato al Robin. Molte notizie saranno utili al pratico e potranno orientare bene nelle direttive della cura, purchè il pratico resti sempre sull'avviso che il malato difficilmente si cura cogli schemi e più facilmente con la conoscenza esatta del soggetto.

Il libro in Francia ha avuto fortuna; la seconda edizione segue alla prima la quale si è esaurita prima che reali progressi siano sopravvenuti nell'argomento.

t. p.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accad

Seduta ordinaria del 17 luglio 1921.
Presidenza del prof. V. ASCOLI, *Presidente.*

Il luminale nell'epilessia sperimentale.

Prof. G. AMANTEA. — L'O., in collaborazione del laureando SARPI, si è proposto di analizzare, dopo i favorevoli risultati avuti nella cura sintomatica dell'epilessia umana, l'azione del luminale nell'epilessia sperimentale istituendo una serie di ricerche destinate anche a chiarire il suo meccanismo di azione.

I risultati ottenuti si possono così riassumere:

1° Il luminal sodico applicato direttamente sui centri sensitivo-motorii del giro sigmoideo del cane, in soluzione acquosa ne deprime l'eccitabilità in grado apprezzabile già nella concentrazione del 2%; l'effetto diviene più marcato aumentando la concentrazione.

2° In un cane con clono di un determinato gruppo muscolare da stricnizzazione del corrispondente centro corticale, iniettando sotto cute « Luminal sodico » in soluz. acquosa e nella proporzione di 4-10 cgr. per Kgr. di peso si vedono costantemente diminuire le scosse cloniche e qualche volta persino scomparire del tutto.

3° Le iniezioni sottocutanee di « Luminal sodico » in soluz. e nella proporzione di 5-10 cgr. per Kgr. di peso fanno scomparire — dopo 20'-30' — la possibilità di provocare accessi epilettiformi completi con la faradizzazione diretta dei centri sigmoidei. L'effetto si trova persistente ancora dopo 24-48 ore dall'iniezione.

4° Nei cani in cui è possibile provocare accessi epilettici anche in via riflessa, tale possibilità scompare in seguito all'iniez. sottocutanea di « Luminal sodico » nella proporzione precedente.

5° Somministrando a cani di 3-4 Kgr. una dose giornaliera di 10-20 cgr. di « Luminal » per 6-7 giorni consecutivi si vede scomparire la possibilità di provocare accessi epilettici completi con la faradizzazione diretta o con eccitamenti afferenti.

Probabilmente tale azione del «Luminal» dipende da modificazioni funzionali, che esso è specificatamente capace di indurre nei centri corticali sensitivo-motori, la cui necessaria partecipazione all'epilessia è da ritenere come accertata.

Osservazioni sulla struttura delle ossa
che formano l'articolazione temporo-mandibolare.

Prof. P. DORELLO. — L'O., dopo aver dimostrato in due precedenti comunicazioni che nell'uomo il meccanismo con cui si abbassa la mandibola è notevolmente diverso da quello col quale tale movimento si produce negli altri mammiferi e che in seguito a tale cambiamento si producono pure trasformazioni nella forma esterna dei capi articolari e tra queste trasformazioni la più importante è la riduzione del processo articolare posteriore, in questa terza comunicazione illustra le modificazioni prodottesi nell'intima struttura delle ossa, che partecipano alla costituzione dell'articolazione temporo-mandibolare.

Per mezzo di opportuni tagli e col concorso dell'esame radiografico l'O. dimostra che nei carnivori, nelle scimmie e nell'uomo si trovano importanti differenze, le quali dimostrano come la struttura del trabecolato osseo sia in stretta relazione con le azioni meccaniche che queste ossa debbono sostenere.

Il lembo peritoneale vescico-uterino
nella chirurgia ginecologica.

Prof. E. PESTALOZZA. — L'O. intrattiene l'Accademia sulle molteplici utilizzazioni che in chirurgia ginecologica possono essere fatte dello stesso lembo peritoneale vescico-uterino del quale si serve abitualmente per la isteropessi pelvica nella retroflessione uterina.

Tratta in primo luogo del caso in cui la isteropessi sia eseguita per la cura di una retroflessione fissa. Il distacco delle aderenze che fissano la faccia posteriore dell'utero non può a meno di lasciare superfici sanguinanti. Il lembo usato dall'O. ne garantisce la esatta peritonealizzazione col doppio vantaggio di arrestare ogni stillicidio di sangue, e di prevenire ogni aderenza delle superfici cruentate cogli organi vicini.

Altra applicazione si trova nella esecuzione delle miomectomie. Nel maggior numero di casi di miomectomia dall'O. eseguiti ha potuto constatare gli evidenti vantaggi del lembo indicato, che scolpito ad operazione finita, viene riportato sopra la ferita uterina. Primo vantaggio: assicurarci contro aderenze viscerali della ferita: secondo, quello di prevenire la frequentissima tendenza dell'utero miomectomizzato a cadere in retroflessione; terzo, di garantirci contro una eventuale diffusione al peritoneo di un processo infettivo che abbia il suo punto di partenza dalla cavità uterina come nel caso di un fibroma sottomucoso che ha già iniziato un parziale sfacelo putrido.

Altra applicazione di tale lembo peritoneale si ha nella resezione cuneiforme del fondo secondo Kelly, operazione che ebbe una certa voga e che viene oggidì ancora adottata in taluni casi di metrite emorragica. Analoghe nella tecnica, benchè rispondenti a ben diverse indicazioni sono quelle resezioni che si praticano nell'utero gravido quando vi sia indicazione alla interruzione della gravidanza.

Il lembo vescico-uterino si presta anche egregiamente allo scopo di ricoprire di peritoneo, quando ve ne sia interesse, il moncone od i monconi, nelle operazioni uni- o bilaterali, degli annessi uterini.

L'O. conclude ricordando come solo in questi ultimi tempi sia stata avanzata nella letteratura ginecologica la proposta di servirsi del lembo vescico-uterino per ricoprire superfici cruentate dell'utero e come il Gelhorn, in una nota pubblicata nel dicembre 1920, propone un lembo identico a quello di cui egli si serve da tanti anni ed in tante centinaia di casi.

Sulla digestione della caseina
per opera del succo enterico e per opera dei tessuti.

Prof. A. CLEMENTI. — Le indagini sperimentali riferite dall'O. hanno dato i seguenti risultati:

1° Il potere caseinolitico dimostrato finora da Connheim solo nella mucosa intestinale è presente anche negli altri tessuti dell'organismo dei mammiferi e la sua intensità decorre parallela a quella del potere peptolitico nel senso che è massima negli organi parenchimatosi e minima nel tessuto sanguigno.

2° Il potere caseinolitico è presente anche nella mucosa intestinale e negli altri tessuti dei vertebrati non mammiferi (uccelli, rettili, anfibii).

3° Il succo enterico (da ansa intestinale alla Vella praticata nel cane) digerisce la caseina e non digerisce (ad eccezione delle protamine) le altre proteine genuine (albumina d'uovo, fibrina bollita, gliadina, faseolina, zeina).

Da tali risultati l'O. si crede autorizzato a venire alle seguenti conclusioni:

1° La digestione della caseina operata dal succo enterico non è dovuta alla presenza di un fermento proteolitico specifico per la caseina e caratteristico dell'intestino dei mammiferi, ma è operata dallo stesso agente biochimico che digerisce il peptone (erepsina).

2° La capacità della erepsina a digerire la caseina, a differenza delle altre proteine, non dipende da un adattamento biochimico del fermento al substrato, ma piuttosto è connessa alla speciale intima costituzione della molecola della caseina.

3° La caseina rappresentando la sola proteina idrolizzabile dalla erepsina intestinale senza l'azione precedente della pepsina gastrica e della tripsina pancreatica si può considerare come la proteina alimentare più facilmente digeribile finora conosciuta.

E. GROSSI.

Il primo Convegno nazionale delle dottoresse in medicina.

Nei giorni 14-15-16 ottobre ha avuto luogo a Salsomaggiore il *Primo Convegno Italiano delle Dottoresse in medicina*, come avevamo già annunciato. Tale convegno è riuscito una bella affermazione dell'attività della donna-medico ed ha raggiunto il duplice scopo di riunire le dottoresse per trattare di svariati argomenti igienico-sociali che riguardano in special modo la donna e il fanciullo e di gettare le basi di una Associazione nazionale delle dottoresse in medicina.

Numerose sono state le dottoresse che sono intervenute e che hanno aderito al Convegno. Il Convegno fu inaugurato nella sala del *Kursaal* di Salsomaggiore dalla dottoressa CARCUPINO-FERRARI di Salsomaggiore, all'opera della quale si deve l'organizzazione del Convegno e che spiegò gli scopi di esso e dell'Associazione che si voleva fondare. Il pro-sindaco di Salsomaggiore portò il saluto della città; il prof. CATTANEO della Clinica pediatrica di Milano il saluto dell'Associazione Medica di Salsomaggiore; la dott. CLELIA LOLLINI l'adesione dell'Associazione Internazionale delle dottoresse in medicina. L'on. ARMANDO BUSSI, trattenuto a Milano dal Congresso socialista, mandò per iscritto la calda adesione del Gruppo Medico Parlamentare. L'ospitalità offerta dal Municipio, dagli Enti Locali, dagli Stabilimenti Termali di Salsomaggiore fu cordialissima. Ad un pranzo offerto dal Municipio e dagli Enti Locali il senatore BERENINI parlò con entusiasmo della donna-medico.

Interessanti furono i lavori e le deliberazioni prese dal Convegno.

La dott.ssa ESTER BONOMI, di Genova, riferì sulla morbilità e mortalità della donna lavoratrice, sugli effetti nocivi che le industrie in genere e quelle insalubri in ispecie arrecano alla gravidanza e al parto. L'assemblea discusse e approvò le sue proposte: che in ogni Comune sia per legge reso obbligatorio un *Istituto Autonomo di assistenza materna e infantile* che coordini e completi tutte le istituzioni per la protezione ed assistenza giuridica, morale, igienica e sanitaria della maternità e della prima infanzia, che si migliorino con urgenza le leggi sulla protezione del lavoro della donna e del fanciullo, che sia resa ovunque obbligatoria la sorveglianza al baliatico, che si addivenga a una denuncia obbligatoria o facoltativa della gravidanza, che le medichesse siano nominate in largo numero ispettrici sanitarie negli stabilimenti industriali, che si dia maggior sviluppo a tutta l'assistenza ostetrica.

La prof.ssa ANGIOLA BORRINO, direttrice della Clinica pediatrica di Siena, ha invocato una più umana e larga protezione da parte della società all'infanzia illegittima, ha combattuto l'istituzione dei befotrofi, nei quali la mortalità infantile è elevatissima. Dopo interessante discussione è stato approvato il suo ordine del giorno col quale invoca una più attiva partecipazione della donna-medico all'assistenza dell'infanzia, chiede che si dia la massima diffusione ai consultori pediatrici nei quali si formi, con una costante propaganda igienica, una vera educazione materna della donna, e a protezione dell'infanzia illegittima invoca la ricerca legale di entrambi i genitori avviata di ufficio dal magistrato col conseguente mantenimento del figlio fino all'età maggiore, propone la sostituzione al vecchio brefotrofio dell'*Asilo famiglia* sotto direzione medica femminile ovunque è possibile e del Comitato femminile per la madre e per il bambino (tipo Comitato delle Piccole Madri di Siena), che si proponga di vigilare maternamente e singolarmente sulle sorti di ciascun bambino nato fuori della famiglia o privo di essa.

La dottoressa CLELIA LOLLINI di Roma fece la relazione del primo Congresso internazionale delle dottoresse in medicina tenutosi a New York nel 1919. Interessanti relazioni tennero la dottoressa AMALIA LUSSO di Cogne, sulle nevrosi del dopo-guerra, la dott.ssa DINA CLERICO di Torino, sull'assistenza agli ammalati, la dott.ssa CARLOTTA AGOSTINUCCI di Parma, sulla lotta contro la tubercolosi, l'alcoolismo, le malattie sessuali.

Dietro proposta della dott.ssa CLELIA LOLLINI, furono all'unanimità approvati tre ordini del giorno che riguardano tre questioni igienico-sociali oggi tanto discusse: 1) *l'abolizione della regolamentazione della prostituzione,* con la motivazione che la regolamentazione sancisce con la tutela dello Stato una grave immoralità ed una ingiustizia sociale e dal punto di vista igienico è assolutamente insufficiente ad arginare il diffondersi delle malattie sessuali, anzi talvolta nociva per la parvenza di sicurezza che vorrebbe offrire e al contrario non offre; 2) che si dia sviluppo efficace a corsi di *educazione sessuale* da tenersi nelle scuole, nei ricreatori, negli opificii e nelle caserme; 3) che sia reso obbligatorio il *certificato medico prematrimoniale*.

Il Convegno raggiunse anche il suo intento di fondare l'*Associazione Nazionale delle Dottoresse in Medicina*. Scopo di tale Associazione è di dar modo alle socie di incontrarsi per lavorare insieme attorno alle principali questioni di ordine medico-sociale che più da vicino interessano la donna-medico, di occuparsi di interessi professionali in genere ed in particolar modo di quelli che riguardano le medichesse, di trattare argomenti scientifici vari, ecc.

Il Consiglio Esecutivo dell'Associazione risultò composto della Dottoressa M. Carcupino-Ferrari di Salsomaggiore, presidente, presso la quale rimane la sede dell'Associazione; della dottoressa Ester Bonomi, di Genova, vice-presidente; della dottoressa Paola Zappa, di Genova, segretaria per l'interno; della dottoressa Clelia Lollini, di Roma, segretaria per l'estero; della prof. dott. Angiola Borrino, di Siena, dott. Amalia Lusso, di Cogne, dott. Ida Lurà-Aletti, di Mantova, consigliere; della dott. Costanza Boccadoro, di Pavia, cassiera; della dott. Elena Gardella, di Genova, reveditrice dei conti.

Nell'anno prossimo si terrà il secondo Convegno dell'Associazione in luogo da destinarsi.

Dott. CLELIA LOLLINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Gli induramenti muscolari.

F. Lange e G. Everbusch (*Münch med. Wochenschrift*, 1921, n. 14) così li distinguono, secondo l'eziologia:

1° *dovuti a surménage muscolare*: si riscontrano specialmente in individui non allenati (ginnasti, cavalieri, ecc.), oppure dopo uno sforzo muscolare, molto intenso, durato pochi secondi; vi si possono associare disturbi circolatori (p. e. dovuti alle fascie da polpacci). Sono legati a metabolismo muscolare anormale o, come nel caso di sforzi violenti, ad emorragia endomuscolare. Si mettono in evidenza, quando si conosca bene l'anatomia della regione, facendo rilasciare completamente i muscoli ed ungendo la pelle con olio di vaselina; paragonare sempre con il lato sano. La palpazione, eseguita facendo rotolare il muscolo sotto il dito, permette di sentire un segmento muscolare duro e sempre doloroso. Questo stato persiste per una diecina di giorni;

2° *dovuti a surménage cronico*: si osservano specialmente in individui affetti da deformità diverse, che esigono uno sforzo esagerato da parte di certi muscoli per stabilire il compenso. Questi indurimenti sono sempre estesi e ribelli. Nel piede piatto si trovano in corrispondenza dei supinatori (tibiale anteriore e posteriore, gemelli) nella lussazione congenita dell'anca, all'inserzione pelvica dei muscoli della natica; nelle affezioni dolorose dell'anca ai tensori della fascia lata ed al sartorio; nelle scoliosi, al trapezio e muscoli spinali *erectores spinae*. Gli AA. attribuiscono ad indurimenti muscolari i crampi dei pianisti e degli scrivani;

3° *consecutivi a raffreddamento*: costituiscono la maggior parte dei casi di reumatismo muscolare; vi si rannodano il torcicollo e la lombaggine. All'opposto di quelli da *surménage*, gli indurimenti si trovano nel mezzo del muscolo e non alle estremità;

4° *dovuti a disturbi circolatorî*: anemia arteriosa (embolismo), iperemia venosa (compressione, trombosi). Molto dolorosi, possono risolversi se i disturbi circolatorî sono leggeri, o mettere capo a lesioni definitive in caso di disturbi gravi;

5° *in dipendenza di disturbi del metabolismo*: analoghi alla rigidità muscolare cadaverica e probabilmente derivanti da accumulo di rifiuti del ricambio (acido lattico);

6° *dipendenti da miositi specifiche*, tubercolosi, sifilide, da trichinosi, flebiti, ecc.

Trattamento. — Salvo in casi di gravi disturbi circolatorî, consiste in un massaggio metodico (impastamento) fatto da un medico, che conosca bene l'anatomia della regione; vi si può associare vantaggiosamente la diatermia.

fil.

L'artrite gonococcica metastatica.

È malagevole accertare la frequenza di questa complicazione, che probabilmente non sorpassa il 1/2 %; è più frequente nella donna. per le esacerbazioni coincidenti con le mestruazioni ed il puerperio; nell'uomo, si sviluppa dopo che il processo si è esteso all'uretra posteriore. Il suo sviluppo non è legato a maggiore virulenza del gonococco, ma probabilmente a particolarità anatomiche della mucosa uretrale che rendono più agevole la penetrazione dei germi in circolo, ed a condizioni delle articolazioni, che costituiscono un *locus minoris resistentiae*.

Di solito, l'affezione è monoarticolare; più spesso nel ginocchio, poi al malleolo, al pugno, al gomito, falangi: molto raramente sono affette le spalle, l'anca, le vertebre.

Nella forma più leggera si ha una semplice artralgia, con lieve tumefazione; talvolta ne sono affette successivamente diverse articolazioni. L'articolazione, specialmente quella del ginocchio, può tumerfarsi talvolta enormemente, per la presenza di essudato sieroso. Questa forma è assai ribelle e recidiva facilmente, con esiti in distensione e lussazione dei legamenti e della capsula.

La più frequente è la forma siero-fibrinosa, che si stabilisce con disturbi generali più o meno intensi, con febbre e violenti dolori; si ha una forte tumefazione dell'articolazione e dei tessuti circostanti, con fluttuazione scarsa o mancante. Il decorso si protrae a lungo con esacerbazioni, specialmente dopo una ricaduta della gonorrea uretrale. Si ha una rapida distruzione delle membrane sinoviali, formazione di essudato muco-purulento, e successivamente retrazioni cicatriziali della capsula con deformità e disturbi funzionali.

Nella forma purulenta, si ha nella cavità articolare un versamento purulento; l'infezione può invadere i tessuti circostanti e determinare la forma flemmonosa, che può dare un esito fatale per infezioni successive di strepto- o stafilococchi. Si osserva inoltre an-

che un tipo di artrite cronica simile all'artrite deformante, con atrofia dei muscoli.

Il gonococco è stato riscontrato nel 65 % dei casi: non sono rare le infezioni miste con strepto- e stafilococchi, che dànno un andamento più grave e prolungato.

La vaccinoterapia ha avuto buoni risultati solo nelle forme torpide.

Secondo N. E. Aronstam (*American medicine*, gennaio 1921) è assai utile l'iperemia alla Bier che mitiga il dolore e migliora i sintomi obbiettivi. Quando il dolore è forte e la temperatura alta, è raccomandabile una relativa immobilizzazione dell'arto, la quale però non deve durare a lungo, altrimenti si va incontro a deformità e ad atrofie. Scomparsi poi i sintomi e la febbre, si potranno iniziare *con grande cautela*, i movimenti passivi. Negli stadii subacuti e terminali, si tenterà l'applicazione di impacchi, di bagni, di tintura di jodio; successivamente sono utili i bagni ed il massaggio.

Quando vi è enorme versamento o abbondante essudato purulento, si potrà ricorrere alla puntura ed all'irrigazione; nei casi di flemmone e suppurazione periarticolare può essere necessaria l'apertura della articolazione. Le anchilosi vengono poi trattate col massaggio o con mezzi meccanici, eventualmente con interventi chirurgici. *fil.*

Il trattamento delle artriti blenorragiche.

In una recente discussione alla *Société de Chirurgie* (*Journ. des praticiens*, 28 maggio 1921) si è attirata l'attenzione sul trattamento chirurgico delle artriti blenorragiche. I concetti nuovi in proposito consistono in soppressione del drenaggio, chiusura dell'articolazione dopo evacuatone il contenuto e dopo lavatura con il siero e con l'etere, mobilizzazione immediata o quanto meno precoce, soppressione della doccia immobilizzante dopo tre giorni. Si sono avute con tale metodo numerose guarigioni e persino ritorno *ad integrum*.

Sono state usate con successo anche le iniezioni di sali di radio (solfato insolubile, in sospensione liquida: 20-40 microgrammi). Nelle forme con abbondante versamento si inietta il sale nell'articolazione, dopo svuotato il contenuto; se predomina l'infiammazione periarticolare si fanno iniezioni multiple periarticolari secondo la tecnica di Lannelongue per le iniezioni sclerogene di cloruro di zinco. In 24 ore scompare il dolore, dopo una fase di leggera esacerbazione; riappare quindi la possibilità di mobilizzazione, con cui si previene l'anchilosi; ne segue il riassorbimento degli essudati. *r. s.*

Trattamento delle artriti croniche con lo zolfo

Meyer-Bisch (*Münch. med. Wochenschrift*, 1921, n. 17) consiglia la miscela di zolfo ed olio d'oliva all'1 %, per iniezioni endomuscolari alle natiche, a dosi progressivamente crescenti da 2 a 10 cmc. a 6 giorni di intervallo. Le iniezioni sono seguite da fenomeni generali: febbre, malessere, cefalea, anoressia, talora vomiti, urobilinuria e da concomitanti reazioni articolari, caratterizzate da diminuzione di dolori (qualche rara volta si ha una esacerbazione transitoria) e da ritorno più o meno marcato dei movimenti. Con la ripetizione delle iniezioni, i fenomeni generali si attenuano.

L'A. ha ottenuto: in 6 casi di *osteo-artrite deformante primitiva*, 4 volte la scomparsa completa dei dolori, 1 volta miglioramento, 1 volta nessun effetto; i casi più favorevoli sono quelli in cui la malattia è localizzzata alle grandi articolazioni. In 5 casi di *poliartrite reumatica cronica*, vi sono state 4 guarigioni cliniche; l'insuccesso si è avuto in un caso subacuto; in tale stadio la cura dell'A. sarebbe controindicata. Nelle anchilosi progressive del rachide (malattia di Betcherew) i risultati furono meno netti; si sono però avuti miglioramenti ed anche scomparsa dei dolori.

fil.

EPIDEMIOLOGIA.

La malaria di Trinitapoli (Foggia) e l'importanza degli animali domestici nella difesa contro la malaria.

La Rivista *Igiene Moderna* pubblica nei suoi ultimi tre numeri, su tale argomento, una interessante relazione, in data 29 dicembre 1920, dell'ispettore medico superiore del Ministero dell'Interno, dott. D. Falleroni.

In detta relazione, frutto di pazienti ed accurate osservazioni durate quattro anni, l'A., dopo aver brevemente descritte le speciali condizioni locali del territorio di Trinitapoli rispetto alla malaria, accennato ai grandiosi lavori di bonifica, in corso, per colmata naturale, ai caratteri delle varie epidemie precedenti a quelle gravissime del 1915-1916, fissa il tipo di malaria dominante in Trinitapoli e spiega le cause delle epidemie del 1915-1916 e del 1899 con produzione di anormali ristagni di acqua nelle vicinanze dell'abitato e con la invasione enorme di anofeli in questo.

Ciò ebbe a determinare la inversione delle caratteristiche epidemiologiche della malaria di Trinitapoli che da epidemia del territorio, quale presentavasi normalmente, divenne nei detti anni epidemia dell'abitato.

L'A. prende in esame i vari focolai anofeligeni in relazione ai centri di nutrimento e di ricovero delle zanzare e dimostra con dati di fatto che l'epidemia malarica dell'abitato di Trinitapoli è solo in rapporto con i ristagni di acqua ad esso prossimi e infatti appena questi diventano gravemente anofeligeni la malaria compare in forma grave nell'abitato. Viceversa altri focolai idrici pur trovandosi a distanze non superiori alla capacità di volo degli anofeli, non hanno mai influenza sulla malaria dell'abitato di Trinitapoli, perchè in prossimità di essi e situati tra lo stagno e l'abitato, si trovano dei ricoveri di animali i quali hanno indubbiamente, secondo l'A., esercitata una azione protettrice a difesa dell'abitato.

L'A. stabilisce così il concetto di *ambiente anofelico*: cioè la vita degli anofeli si svolge tra il luogo di nutrimento e di ricovero e lo stagno per la deposizione delle uova; e tale ambiente non muta, a meno che non intervengano cause estrinseche.

Da tutto ciò l'A. desume la importanza che effettivamente possono avere i ricoveri di animali nella difesa contro la malaria, però tali ricoveri devono essere razionalmente ubicati, devono cioè essere interposti tra il focolaio idrico e il centro abitato e devono costituire per la loro posizione (direzione e distanza dallo stagno), per l'abbondanza di nutrimento e la tranquillità di ricovero un centro di attrazione per le zanzare.

In tale concetto l'A. è pienamente d'accordo con il M. P. Buonservizi il quale aveva fin dal 1901-902 intrapreso a fondo lo studio di tale questione e nel 1903-905 con articoli comparsi sul *Corriere Sanitario* di Milano aveva sostenuto che la protezione degli animali è un mezzo tutt'altro che disprezzabile per impedire una larga diffusione della malaria. L'A. ha confermato tali giuste e prima non apprezzate osservazioni, ed ha portato alla questione il contributo di personali e pazienti studi, ed ha indicato così un nuovo mezzo di difesa contro la malaria che aggiunto agli altri non mancherà di far sentire il proprio peso nella lotta contro la epidemia palustre.

L'A. nella relazione tratta anche la questione dell'anofelismo senza malaria, si diffonde sulla biologia degli anofeli con osservazioni interessanti e ribadisce il concetto, pure espresso dal Buonservizi, che la coltura intensiva reca un beneficio alla plaga malarica perchè vi apporta un numero rilevante di bestiame da lavoro. Vengono inoltre ampiamente descritti e discussi i vari mezzi di bonifica attuati per il risanamento di Trinitapoli e l'A. fa rilevare alcuni inconvenienti derivati dagli stessi lavori di bonifica. Rende merito al Genio Civile di Foggia che con i lavori di bonifica del 1917 eliminò in tempo opportuno i principali focolai anofeligeni, indica, specificandoli, i provvedimenti più importanti ancora da attuare per Trinitapoli e conclude affermando che i lavori di bonifica in prossimità dei centri abitati devono essere condotti con speciali cautele tecniche per non aggravare i mali che si vogliono eliminare; che la bonifica idraulica deve essere sempre integrata con la bonifica agraria e la colonizzazione e che infine i ricoveri di animali domestici, convenientemente ubicati, rappresentano uno dei mezzi più efficaci da utilizzare nella profilassi antimalarica e sono il fattore principale dell'anofelismo senza malaria.

L. d. l.

NOTE DI TECNICA.

Su alcuni metodi di colorazione del bacillo tubercolare nello sputo.

Per risparmiare nella frequente tecnica degli esami dell'espettorato l'alcool, molto costoso, e imposto col comune metodo di Ziehl-Nelsen (Guido Rigobello, *Annali d'Igiene*, n. 5), dalla necessità di completare la decolorazione ottenuta con gli acidi minerali, Schulte-Tigges hanno proposto un nuovo metodo, in cui sostituiscono come decolorante il solfito sodico all'acido.

Riprovando questo metodo, per verificare, se l'economia non sia neutralizzata dall'impraticità, se la sostituzione del solfito agli acidi è necessaria, se veramete è utile abbandonare nella colorazine di fondo il bleu di metilene, mi è possibile affermare che tal metodo permette di ottenere buoni preparati.

L'abolizione dell'alcool non determina inconvenienti; meno convincente è la sostituzione degli acidi minerali col solfito. I vantaggi ottenuti con questo reattivo potrebbero essere determinati dal fatto, che il solfito in presenza di fucsina fenica si muta in rosanilina incolora, e ciò potrebbe spiegare la resistenza del germe. Conviene tener presente che la soluzione di solfito sodico si trasforma col tempo al contatto dell'aria. Pertanto nel confronto dei preparati trattati con alcool, ovvero con sola acqua, non si è trovata alcuna differenza. Rispetto al processo di una buona colorazione del fondo devesi rammentare l'acido picrico ed il verde malachite, adoperando, come

ha fatto Distaso, l'acido picrico nella prima fase del procedimento prima dell'acido e facendo seguire come colorante infine il malachite.

E conclude dicendo che tenuto presente l'elezione per il metodo Ziehl-Nelsen, è bene semplificarne per economia il procedimento con la sostituzione dell'acqua all'alcool, senza venir meno al concetto di resistenza e di chiarezza del preparato in rapporto al bacillo di Koch.

FAUSTO AMANTEA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Le arterie coronarie del cuore.

P. Brocq, A. Mouchet e R. Maduro (*Gazette des hôpitaux*, luglio 1921) riprendono la dibattuta questione sopra le anastomosi tra le due arterie coronarie. E dopo aver criticato i vari metodi fin qui seguiti per scoprire le eventuali anastomosi danno i risultati delle loro numerose ricerche personali basate sulla radiografia stereoscopica previa iniezione di un solo territorio coronario. Secondo tali ricerche nel 97% dei casi osservati dagli AA. esistono anastomosi per lo più esili tra i rami delle due coronarie.

Tali anastomosi si rinvengono più frequentemente nel setto interventricolare, nel solco interventricolare, nel solco auricolo ventricolare posteriore, nella punta del cuore, nella faccia superiore delle orecchiette, nell'infundibulum. La delicatezza di tali anastomosi però non consente il ristabilimento di una circolazione collaterale sufficiente nei casi di chiusura improvvisa di una delle coronarie.

La patologia insegna che a queste obliterazioni istantanee segue la morte immediata: per contro un processo di obliterazione lenta pur producendo gravi disturbi alla funzionalità del miocardio, non è assolutamente incompatibile con la vita.

RADOGNA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1438) *Sulle iniezioni di latte sterilizzato.* — Al dott. G. M., abb. 2796:

Sull'efficacia del latte sterilizzato, come mezzo di cura nelle infezioni, molto è stato scritto in questi ultimi anni: si può dire che non vi sia malattia da infezione in cui questo, che può considerarsi il più semplice ed il più innocuo mezzo di eteroproteinoterapia, non sia stato sperimentato. Come nelle setticoemie in genere anche nelle febbri puerperali ha trovato il suo impiego.

La voluminosa letteratura sull'argomento vanta entusiasti incondizionati, enumera già i detrattori del metodo.

Il Centanni nel suo recente volume (*Trattato d'immunologia*) detta le basi scientifiche, su cui poggia la pratica della proteinoterapia specifica: a me pare che ancora un esatto giudizio sull'argomento non possa definitivamente essere dato.

Per personale esperienza, in molte malattie da infezioni noi dobbiamo dire che la eteroproteinoterapia non provoca quei miracoli terapeutici, che alcuni fanno giungere al 60-70% dei casi trattati; nella maggior parte dei malati, nei quali noi abbiamo esperimentato il metodo, non abbiamo osservato decisivi ed immediati risultati favorevoli, tenendo conto specialmente dei controlli e di quanto l'ordinaria esperienza ci forniva in proposito (così nel tifo, nell'eresipela, nelle malattie esantematiche, nelle infezioni polmonari, broncopolmonari e pneumoniche, nelle sepsi con emoculture positive). Indubbiamente *in casi particolari* noi abbiamo veduto risoluzioni critiche della malattia, che invitano a riflettere e a tentare.

Ella potrà usare in casi particolari la terapia col latte sterilizzato: al di fuori di reazioni immediate trascurabii e di qualche reazione locale, non si osservano inconvenienti di una qualche gravità.

t. p.

(1439) *Sulla terapia delle malattie infettive.* — Al dott. F. P., Menasardo:

Rispondono ai suoi desideri, per modernità e praticità i volumi 29° e 30° del «Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée» pubblicato sotto la direzione del Sergent, di Ribadeau Dumas e di Babonneix, da Maloine, Paris. In essi troverà capitoli generali sulla vaccino- sulla bacterio- e sieroterapia oltre ad un formulario pratico.

Per le malattie infettive è sempre raccomandabile il 1° volume del Mohr e Stahelin,

tradotto in italiano ed edito dalla Libraria milanese. La parte terapeutica è svolta dai singoli autori in maniera esauriente. *t. p.*

(1440) Al dott. F. C., abb. 12441, e al dottore P. F., abb. 13211:

Non possiamo dare un giudizio a distanza su casi clinici particolari, e ci asteniamo dal suggerire un qualsiasi consiglio Per la difficile opera diagnostica non sono elementi sufficienti una relazione anche minuta o le considerazioni personali del medico curante: solo alla diagnosi esatta d'altra parte è legato ogni tentativo terapeutico. *t. p.*

(1441) Al dott. P. B., abbonato 11324:

Periodici medici in lingua inglese. — Del tipo da lei desiderato possono consigliarsi: *The Journal of the American medical Association*, settimanale, 835, North Dearborn Street, Chicago Ill. Prezzo 6 dollari all'anno. — *The Medical Review*, mensile. 70 Finsbury Pavement, Londra E. C. 2. Prezzo 30 scellini. — *The British medical Journal*, settiman. 429 Strand London W. C. 2. — *The Lancet*, settimanale, 423 Strand W. C. 2. Prezzo sterl. 2, scell. 10 — *Medical Record*, settimanale. W. Wood and Company, 51 Fifth Avenue, New York. Prezzo 5 dollari all'anno.

Trattati. — W. D. ROSE: *Physical Diagnosis*, 2ª edizione, di 736 pag. con 309 fig. H. Kimpto, ed., 263 High Holborn, London W. C. 1; prezzo 45 scellini più il porto (1/3). Come patologia medica, succinto ma ben fatto: H. LETHERY TIDY: *A synopsis of medicine*, di circa 900 pag. J. Wright and Sons, ed., Bristol. Prezzo 25 scellini. — MONRO: *Medicine*, di pag. 1024. Baillière Tindall and Cox, 8 Henrietta Street, Covent Garden, London W. C. 2. Prezzo 21 scellini. — W. OSLER and TH. MCCRAE: *The principles and practice of medicine*, di 1139 pag. D. Appleton and Co., 25 Bedford St., London W. C. 2. Prezzo 35 scellini. *fil.*

(1442) Al dott. G. M., abb. 2796:

Ottimo *formulario terapeutico* è quello del Rubino, edito dalla Casa Dott. F. Vallardi di Milano. *t. p.*

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente.

LA REDAZIONE.

VARIA

Per la purezza e la proprietà del linguaggio.

Il prof. Ernesto Bellandi, di Pisa, ci scrive:

Capita spesso, scorrendo i lavori sperimentali, di leggere «esperimenti sugli animali», ciò che potrebbe dar adito quasi a credere che l'uomo non fosse un animale!...

Fatta ormai la distinzione tra «uomo» e «bestie», sarebbe raccomandabile, dunque, per esattezza, il ricordarsi di parlare di «bestie» quando si intende trattare degli animali non uomini.

Voglia accennare, La prego, all'attenzione dei Colleghi interessati.

***

Il dott. B. S. da Siena ci scrive una lettera in cui deplora l'uso della preposizione *per* come attributiva, tra il titolo dei lavori ed il nome dei loro autori. Esempio: «Sopra un caso di... per il dott. ...».

Si tratta, certo, di un francesismo, e noi abbiamo cercato più volte di evitarlo. Deve riconoscersi però che esso è molto comodo e, pertanto, merita forse di essere accolto.

La sostituzione della particella *di*, su cui insiste il collega, si presta ad equivoci, che conviene scongiurare. Esempio: «L'ematoma cerebrale» del dott. ...; «Il neuroma della coda equina» del dott. ...

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

GRADENIGO GIUSEPPE. *Fuoriuscita di liquido dall'orecchio?* Biella, G. Testa, 1921.

RUGGI GIUSEPPE. *Ancora del metodo inguinale nella cura radicale dell'ernia crurale.* Bologna, Ind. Grafiche Ital., 1921.

MUGGIA ALBERTO. *Anomalia congenita vertebrale e sindrome clinica nei bambini.* Milano, Soc. Edit. Libraria, 1921.

MORETTI EZIO. *Tenotomia ed avanzamento muscolare nella cura dello strabismo convergente concomitante.* Napoli, G. Tocco, 1920.

SCHIASSI B. *Sindromi nervose e vascolari per anomalie dello scheletro.* Bologna, L. Cappelli, 1921.

MODINOS P. *Le Traitement de l'Erysipèle par la chaleur.* Alexandrie, Fratelli Ventura, 1921.

POSITANO VINCENZO. *Il Narcotal in chirurgia.* Pisa, Riziero Alessandrini, 1921.

AUBE WULFRAN. *L'Ouabaïne, son usage en thérapeutique cardiaque.* Montpellier, Firmin et Montane, 1921.

PECORI GIUSEPPE. *L'encefalite epidemica.* Roma (1919-920). Roma, Coop. Tip. «L. Luzzatti», 1920.

GAVIATI. *Di un raro caso di sifilomi multipli della mano.* Napoli, Enrico M. Muca, 1921.

LOJACONO VITO. *Su di un caso di psicosi post-encefalitica.* Napoli, Enrico M. Muca, 1921.

MARAGLIANO VITTORIO (Discorso inaugurale del professor) al III Congresso italiano di Radiologia Medica. Milano, Tip. Enrico Zerboni, 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Convitto per gli orfani dei Sanitari in Perugia.

Il 20 ottobre si adunò il Consiglio di Amministrazione del Convitto.

Il presidente prof. Simonetta riferì sull'andamento interno dell'Istituto, che fu soddisfacente, e su alcuni provvedimenti disciplinari.

Dei concorrenti alla fondazione Paolucci solo certo Giannantonio, studente in medicina, che in guerra fece tutto il suo dovere, vi avrebbe avuto diritto, ma non è figlio di medico: verrà ugualmente sussidiato coi mezzi disponibili.

Avrebbe dovuto presentare il progetto di riforma del Collegio, ma crede necessario attendere l'aggregazione definitiva delle provincie redente.

Lamenta che il numero dei contribuenti volontari sia tuttora irrisorio: su circa 40.000 sanitari 12.000 sono iscritti obbligatoriamente; e dei 400 volontari di prima, sollecitati, solo 56 dichiararono di sobbarcarsi al nuovo contributo.

I nuovi contributi obbligatori permettono previsioni ottimistiche. Deve però lamentare il ritardo nelle riscossioni di ben 11 provincie. Non hanno fatto nè il ruolo 1921 nè il suppletivo '20 le prefetture di Campobasso, Catania, Catanzaro e Palermo. Non hanno ancora il ruolo 1921 le prefetture di Aquila, Como, Cuneo, Genova, Girgenti e Roma. È in arretrato col suppletivo '20 la prefettura di Padova.

Il dott. Martinelli s'impegna a sollecitarle per mezzo dei rispettivi Ordini medici, suggerendo a questi ultimi di offrire il loro personale purchè il lavoro sia fatto sollecitamente. Si impegna pure a lanciare agli Ordini un nuovo appello per le iscrizioni volontarie, fidando che eguale iniziativa prendano le Federazioni dei Farmacisti e dei Veterinari.

La discussione si svolge poi sull'opportunità di estendere le borse di studio e i sussidi convenzionati alle famiglie laddove ne risulti l'opportunità.

Il dott. Ancona riferisce che il posto «Venezia» venne assegnato ad Oscar Fagnacco.

Per l'anno 1921-22 le assistenze cessate sono 45; delle 79 domande ne furono accolte 54, respinte 25 per discrete condizioni finanziarie delle famiglie, o per deficente contributo di alcune provincie; sono in esame altre 14 domande giunte tardivamente. Complessivamente si avranno nel Convitto maschile 62 alunni, nel femminile 33; borse di studio 136; rette in altri Convitti 8, sussidi ordinari 19, straordinari 4: totale 262 assistenze.

Il preventivo calcola su 336.000 lire di residui attivi in buona parte destinati a saldare i debiti, coi quali si chiuse l'esercizio precedente; calcola poi a L. 400.000 le contribuzioni obbligatorie dei sanitari, e spera che raggiungano le L. 5000 quelle volontarie: così le entrate ordinarie salirebbero a L. 468,366.80. Le straordinarie (offerte di Ordini, Comuni ed altri Enti) si prevedono in lire 5150. Alla uscita le spese generali salgono a lire 105.000; il mantenimento degli alunni a lire 151.700, quelle delle alunne a L. 91.120; le borse, i sussidi, le rette presso altri Convitti a lire 102.350; le spese straordinarie (riattazioni, ecc.) a L. 23.520.

Il Consiglio espresse al comm. Simonetta e a' suoi collaboratori la più viva soddisfazione.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9129) *Impegno assunto in altro Comune.* — Dott. G. S. da S. M. F. — Non essendo medico condotto ma solamente ufficiale sanitario non dovrebbe essere difficile ottenere l'assenso per allontanarsi dalla residenza e recarsi in altro Comune vicino, ove ha assunto impegni. Ne faccia domanda al Sindaco. La competenza a concedere l'assenso non è del Prefetto perchè tale autorità si occupa solo della nomina dello ufficiale sanitario, ma non si occupa del rispetto al dovere della residenza.

(9130) *Caro-viveri - Servizio straordinario.* — Dott. A. V. da A. — Ai medici ospedalieri non compete caro-viveri. Può essere, però, volontariamente concesso dalle singole amministrazioni. Per il servizio straordinario prestato può chiedere un compenso straordinario dalla Direzione dell'Ospedale, proporzionato alle economie fatte durante la guerra per la diminuzione del personale addetto al nosocomio.

(9131) *Indennità caro-viveri.* — Dott. D. S. da P. S. — Non le compete alcuno addizionale, perchè i figli non superano il numero di tre.

(9133) *Sessennio - Termine utile per conseguirlo.* — Dott. G. D. L. da P. — Ella non ha acquistato alcun quadrienuio, perchè il servizio prestato come ufficiale medico non si cumula, a tale effetto, con quello posteriormente prestato come medico condotto.

(9135) *Cura piena - Riscossione prestazioni.* — Dott. A. C. da S. S. M. — Fino a quando il Comune non delibererà la soppressione della condotta piena e la relativa deliberazione non sarà approvata dalla autorità tutoria, le cose debbono restare nello stato in cui si trovano ora. Di guisa che lo stipendio deve essere intero, quale si corrispondeva quando la condotta era piena ed il medico deve seguitare a compiere la cura per tutti gli abitanti del Comune, senza poter esigere compenso da alcuni, avvalendosi delle recenti disposizioni che obbligano i Comuni ad abolire la condotta per la generalità, il medico può diffidare il Comune, con atto notificato a mezzo di usciere giudiziario, a deliberare la trasformazione in determinato termine, elasso il quale si potrà pur esigere compenso per la prestazione agli agiati.

(9136) *Aumento sessennale.* — Dott. G. P. da S. — Effettivamente il servizio interinale è calcolato nel periodo utile per lo acquisto del sessennio sempre quando sia seguito da nomina re-

golare conseguita in base a concorso. Pertanto, come si trova attualmente, non ha diritto ad ottenere che i quinquenni Le sieno calcolati. Dopo il parere riportato nella Legislazione sanitaria non consta ve ne sieno altri che abbiano trattato il medesimo argomento.

(9137) *Residenza del medico condotto.* — Dottor abbonato n. 1871. — Non si può trasferire un medico condotto che ha acquistato la stabilità da una frazione ad un altra del medesimo Comune, avendo egli fatto il concorso ed essendo stato nominato con la condizione della residenza in quella determinata località. Bisogna anche considerare che il disposto cambiamento non è assolutamente necessario perchè vi sono altri medici che ben possono e senza pregiudizio disimpegnare il servizio e che a Lei nuoce immensamente trasportare altrove la sua residenza, sia dal lato morale che dal lato economico. I ricorsi amministrativi non hanno effetto sospensivo, pertanto si opera ora in base alla nuova deliberazione, tranne che la medesima autorità adita non ordini la sospensione. La soppressione di una condotta non si dispone in ordine alla maggiore o minore consistenza patrimoniale di un Comune, ma bensì in ordine alla necessità ed al bisogno di mantenere il servizio in quella tale determinata efficienza.

(9138) *Ricchezza mobile.* — Dott. C. Z. da F. — Anche i medici interini sono tenuti a pagare la ricchezza mobile sulle loro competenze.

(9139) *Ritiro dal concorso.* — Dott. S. V. da R. E. — Dal momento, che si è ritirato dal concorso, non può essere tenuto più in conto di concorrente. È logico che il concorso si annulli.

(9140) *Drogherie.* — Dott. A. N. da V. — Drogheria è per vendere droghe e non sostanze medicinali, come zucchero, caffè, riso, ecc., ecc. Non si possono vendere medicinali in iscatole, perchè queste sono specialità, che si possono vendere solo dai farmacisti in base ad analoga ricetta del medico. Per aprirle occorre osservare le norme stabilite nei singoli Comuni per i pubblici esercizii.

(9141) *Diploma di Laurea italiano.* — Dott. G. M. 12061. — Veda Legislazione Sanitaria del commendatore Vigo a pagina 25.

Doctor Justitia.

CONCORSI.

Camarata Nuova (*Roma*). — L. 7000, due c.-v., L. 500 disag. resid., L. 300 uff. san.

Casole d'Elsa (*Siena*). — 2 condotte residenziali fisse; L. 6500, ventesimi per 8 trienni; p. cavalc. L. 4000; doppio caro-viveri. Scad. 15 nov.

Catania. — Scad. 24 nov. Medico vaccinatore e medico assistente al Labor. di Batteriologia lire 5500 e 8 trienni di L. 1000 ciasc.; due c.-v. Titoli ed esami.

Cavena (*Udine*). — Scad. 20 nov. Due reparti; L. 6000 e indennità varie.

Cecina (*Pisa*). — 1ª condotta residenziale; lire 6000 iniziali; c.-v.; non obbligo cavalc. Scad. 30 nov.

Colle di Val d'Elsa (*Siena*). — L. 6500; per cavalc. L. 4000; doppio caro-viveri. Scad. 27 nov.

Falmenta (*Novara*). — Consorzio L. 7000, addizionale di L. 3 e 5 per povero in più dei 600; per uff. san. L. 500. Scad. 25 nov.

Fubine (*Alessandria*). — Scad. 30 nov. Due cond.; L. 4000, oltre L. 500 trasp., L. 700 uff. san., 3 quinq. del decimo, 2 caro-viv. Assunzione servizio 1° gennaio.

Gaggio Montano (*Bologna*). — Scad. 30 nov.; 2ª cond.; L. 8000 per 1000 pov. e addiz. L. 3; quattro trienni e un quinquennio di L. 600; L. 3000 cavalc.; c.-v.

Granze (*Padova*). — A tutto 30 nov.; L. 7200 fino a 1000 pov.; 8 bienni ventes., L. 800 bicicl., due c.-v.; L. 300 uff. san.; alloggio. Servizio entro 15 g.

Lucca. — Scad. 25 nov.; 10° circond. rurale; L. 6000 e 5 quinq. del decimo, due caro-viv., lire 1000 trasporto.

Magione (*Perugia*). — Scad. prorog. 15 nov.; 2ª rep.; L. 6000 p. 1000 pov., addiz. L. 2, due c.-v., 5 quinquenni decimo, L. 2000 cavalc.; L. 1000 se gli abbienti non raggiungessero 300.

Miggiano (*Lecce*). — L. 5000 per 1500 pov., addizion. L. 5, caro-viv. Scadenza 30 novembre.

Mombello Monferrato (*Alessandria*). — Ab. 3000; L. 4000, p. uff. san. L. 500; indennità servizio poveri L. 800; indennità cavalc. L. 1800; caro-viv. Scadenza 15 novembre.

Montegrimano (*Pesaro*). — Scad. 20 novembre; L. 6500 e 5 quadrienni del decimo, L. 3000 cav., L. 600 uff. san.

Nibbiano (*Piacenza*). — Scad. 20 nov. L. 6500 oltre L. 3000 pei pov., 5 quadrienni, due c.-v., L 400 p. ambulat.

Palazzo Canavese (*Torino*). — L. 4000; per uff. san. L. 500; alloggio; caro-viv. a norma di legge. Scad. 26 nov.

Perino (*Piacenza*). — Consorzio di Coli e Travo; L. 6500 oltre L. 3000 pei pov., 5 quadrienni del decimo, due caro-viv.; L. 3000 trasporto oltre L. 2000 caro-viv. cavallo; L. 400 ambulat. Età-limite 45. Chiedere annunzio. A tutto 30 novembre.

San Giovanni in Marignano (*Forlì*). — Scad. 30 nov. 1ª cond.; L. 8000, due c.-v., L. 2500 cav., abit.

Sommariva Bosco (*Cuneo*). — Due condotte; lire 5000, caro-viveri. Assunzione 1° gennaio 1922. Scad. 15 nov.

Striano (*Caserta*). — L. 6000; caro-viv. Scadenza 18 novembre.

Tizzano Val Parma (*Parma*). — Scad. 15 nov.; L. 6000 e 10 bienni ventes., L. 2000 cavalc., c.-v. di L. 248 lorde mens. e di L. 145 per cavalc.

Travo (*Piacenza*). — Scad. 30 nov. Consorzio; L. 9500 e 5 quadrienni decimo, due c.-v., L. 5000 cavalc., L. 400 ambulat.; età limite 45.

Vicopisano (*Pisa*). — Scad. 25 nov.; L. 6000 e 5 quadrienni decimo; L. 600 trasp.; due c.-v.

Villafranca Piemonte (*Torino*). — Sezione S. M. Maddalena; L. 4000, alloggio L. 400, trasporto lire 500; addizionale L. 3 nel capoluogo e L. 5 nelle frazioni oltre i 300 poveri. Scad. 30 nov.

Dalla Federazione Laziale-Umbra dei Medici condotti è istituito un Ufficio di collocamento per le condotte della provincia di Roma. Dirigere la corrispondenza al segretario dott. B. Alberti, presso il nostro giornale (via Sistina, 14 - Roma-VI).

Diffide.

La Sezione Veneziana dell'A. N. M. C. *considerato* come i miglioramenti economici concordati nella Adunata del 14 luglio c. a. non sieno sino ad oggi, ad onta delle ripetute sollecitazioni, stati applicati da nessuno dei Comuni che li avevano accettati; *tenendo conto* che i Comuni non fattisi rappresentare in detta Adunata, non ritennero doveroso, tranne pochi, di dare una qualsiasi risposta alla Circolare del 6 agosto c. a.; *sentito* il parere conforme della Federazione Veneta, ed *ottenuto* il Nulla Osta dalla Presidenza Centrale; *proclama* il blocco dell'intera Provincia, per il quale restano *diffidati* tutti i concorsi a posti di Medico-Chirurgo Condotto, già indetti e da indirsi, sino all'intera e totale accettazione ed applicazione del Concordato di miglioramenti economici del 14 luglio c. a. da parte di tutti i Comuni della Provincia.

La Sezione Veneziana fa sicuro affidamento sulla solidarietà dei Colleghi tutti; nessuno si presenti candidato nei concorsi che verranno indetti; nessuno accetti servizi interinali con tariffa inferiore a quella che verrà fissata dall'Ufficio Collocamento Regionale di Padova.

Revoca di diffide. Casole d'Elsa (Siena).

GENOVA. *Istituto di Clinica Medica della R. Università.* — È aperto un concorso per n. 4 posti di assistente volontario, senza retribuzione, presso la R. Clinica Medica di Genova diretta dal prof. sen. E. Maragliano. Inviare domanda in carta libera con elenco dei documenti alla Direzione dell'Istituto non oltre il 30 novembre c. a.

FILADELFIA. *Collegio dei Medici.* — La prossima assegnazione del premio Alvarenga, corrispondente all'interesse annuo del lascito del señor Alvarenga e ammontante a circa 300 dollari (circa 5000 lire), sarà fatta il 14 luglio 1922. I lavori concorrenti possono concernere qualsiasi campo della medicina; devono essere dattiloscritti e non ancora pubblicati; se in lingua diversa dall'inglese, accompagnati da una traduzione inglese. Devono pervenire alla segreteria non oltre il 1° maggio 1922. Devono essere corredati di un motto, senza il nome dell'autore, che figurerà in una busta chiusa recante lo stesso motto. Per il 1921 il premio venne assegnato al dott. John W. Churchman di New York per il suo lavoro: «Selective Bacterio stasis of Gentian Violet».

Rivolgersi a John H. Girvin, Secretary of the College of Physicians, 13, South 22d Street, Philadelphia, Pa. (S. U. d'A.).

Il fascicolo 10 (1° ottobre 1921) della nostra **SEZIONE MEDICA** contiene i seguenti lavori:

L. D'AMATO: **Su di un caso di morbo di Erb-Goldflam.**

L. VILLA: **Contributo alla conoscenza dei rapporti tra diabete insipido e ipofisi.**

P. BOVERI: **Tecnica e valore clinico della reazione al permanganato nel liquido cefalo-rachidiano**

MEDICINA SOCIALE.

Come viene attuata la lotta contro la tubercolosi nella Russia dei Soviet.

Il Commissariato di Salute Pubblica della R. S. F. S. R. (Repubblica Socialista Federale dei Soviet della Russia) ci comunica una relazione dalla quale risulta che la «Sezione di lotta contro la tubercolosi», creata presso il Commissariato di Salute Pubblica (Ministero di Sanità), ha potuto cominciare a funzionare praticamente solo nella seconda metà del 1919.

Malgrado il disordine, la fame, le guerre civili, che immobilizzavano sui fronti i migliori elementi, veniva tracciato il piano statale di lotta contro la tubercolosi e si è cominciato ad applicarlo.

La Sezione centrale ha assunto come cardine l'istituzione di *dispensari,* i quali hanno contribuito molto a cointeressare e attirare le masse dei lavoratori nella lotta. Molte Sottosezioni provinciali hanno creato le relative organizzazioni, hanno tracciato i piani di lavoro ed hanno cercato e cercano di attuarli.

La difficoltà più grande che s'incontra è la scarsezza di medici e di personale sanitario competente.

Data l'immensità territoriale della Repubblica della Russia dei Soviet, lo stato arretrato d'istruzione professionale universitaria e poichè una grandissima parte del personale medico è trattenuto sui diversi fronti, data la scarsezza dei medici civili in genere e degli specialisti in specie, si fa sentire enormemente la difficoltà della lotta.

L'obbligatorietà dell'intervento dello Stato, nella cura ed in tutte le misure preventive, che sono gratuite, la collaborazione e l'interessamento diretto degli elementi locali e degli enti — sindacati, comitati di fabbrica, organizzazioni femminili, confederazioni giovanili — costituiscono le basi dell'attività delle sottosezioni di provincia.

Malgrado la mancanza di stabilimenti adatti, le difficoltà edilizie e spesso l'impossibilità di arredamento sanitario, si registra un aumento del numero dei sanatorii per adulti. La campagna per la fondazione di sanatorii e colonie infantili ha dato finora risultati poco soddisfacenti. Cresce fra le masse e le loro organizzazioni professionali il bisogno di creare case speciali per i deboli, gli esauriti e malati.

Una tabella dimostra l'aumento notevole dal 1919 al 1921 dei sanatorii per adulti (da 41 a 99), dei sanatorii per bambini (da 6 a 22), dei sanatorii d'estate (da 10 a 55), delle case di riposo (da 2 a 17), dei reparti ospedalieri per tubercolotici (da 6 a 17), dei dispensari (da 9 a 61) e dei letti relativi.

La Sezione centrale ha provveduto a numerose pubblicazioni: milioni di copie di opuscoli popolari riguardanti tutti i lati dell'arduo problema; libri informativi per il personale addetto; guide per l'organizzazione dei sanatorii, del regime di lavoro, di scuole estive per i bambini; sono state pure compilate raccolte di programmi e lezioni sulla tubercolosi, corsi per i medici, ecc.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso Italiano di Dermatologia e Sifilografia.

Il Consiglio direttivo della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia ha stabilito che la consueta riunione annuale abbia luogo nei giorni 15-17 decembre p. v. in Roma (Policlinico Umberto I, R. Clinica Dermosifilopatica). La prima seduta si terrà alle ore 10. Si fa viva preghiera ai soci che volessero fare comunicazioni d'inviarne al più presto con il titolo, un breve riassunto al Segretario della Società, dott. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio, 69, Roma (20).

Stipendi dei Professori Universitari.

Il ministro della P. I., senatore Corbino, ha dato formale promessa al prof. Severi, Presidente dell'Associazione Nazionale dei Professori Universitari, che gli stipendi degli stessi saranno elevati in conformità alle esigenze economiche e sociali della vita odierna e della dignità della funzione universitaria.

Nel giornalismo medico.

«La Diagnosi» reca nel titolo il proprio programma: pubblica scritti di patologia e clinica medica, a cura del prof. Raffaello Silvestrini; viene pubblicata a Perugia (Unione Tipografica Cooperativa); non si trova in commercio. Il primo numero, che comprende i fascicoli I-IV, accoglie dodici lavori originali, tutti della Facoltà medica di Perugia; conta 202 pagine.

Auguri.

Corso di perfezionamento in Pediatria presso la R. Università di Napoli.

Il giorno 20 novembre 1921 avrà inizio presso la R. Clinica Pediatrica dell'Università di Napoli un corso di perfezionamento «il Pediatria» per laureati in medicina e chirurgia, autorizzato dal Ministero della P. I.

Tale corso avrà carattere eminentemente pratico e comprenderà una serie di lezioni quotidiane di clinica, patologia e igiene dell'infanzia, nonchè esercitazioni di laboratorio e di ambulatorio.

Esso durerà sino a tutto il 31 dicembre e alla fine del corso verrà rilasciato, dietro esami, un diploma comprovante la frequenza ed il profitto; diploma debitamente legalizzato e vidimato dal Rettore dell'Università.

La quota d'iscrizione, da versare all'Economo della R. Università, è di L. 200, più L. 50 per tassa di esami e di diploma.

Il numero degl'iscritti è limitato. Le domande d'iscrizione, in carta da bollo di L. 1 e accompagnate dalla quietanza del versamento fatto presso l'Economato, vanno dirette al Direttore della Clinica Pediatrica: S. Andrea delle Dame, 21, entro il 18 novembre.

Inaugurazione dell'anno accademico all'Università di Roma.

Il 5 corr., nell'Aula Magna del palazzo della Sapienza, alla presenza del ministro sen. Corbino e delle autorità accademiche, venne inaugurato il nuovo anno scolastico.

Il discorso inaugurale fu letto dal prof. Federico Raffaele sul tema: «La visione microscopica della vita», dopo brevi parole del rettore professor Scaduto sull'aumento impressionante degli studenti in questi ultimi anni e sulla necessità di limitare le professioni libere.

Congresso internazionale abolizionista.

Dal 3 al 6 corr. si è tenuto a Roma il Congresso internazionale della Federazione abolizionista, con largo concorso di congressisti italiani e stranieri.

Ne daremo prossimamente un breve resoconto, redatto dal prof. V. Montesano.

Emigrazione della Università di Kolozswar.

Col trattato di Versailles la Transilvania è passata alla Romania e con la terra anche l'Università di Kolozswar. I rumeni hanno naturalmente iniziata la colonizzazione anche dell'Università, ma la massima parte dei Docenti si sono rifiutati di servire i nuovi padroni e si sono rifugiati a Budapest dove, per intanto, tentano di far funzionare come possono l'antica Università, avendo raggranellato oltre 600 studenti.

Pare che l'Università raminga si impianterà definitivamente a Szeged o a Debretzin.

(*Pathologica*).

I prezzi degli alberghi nelle stazioni di cura.

I giornali francesi notano con rammarico che molte stazioni idrominerali tedesche sono affollate di famiglie francesi: la ragione di questo antipatriottismo nella villeggiatura va ricercata nei prezzi degli alberghi, che, tenuto conto del cambio, sono modici (14-20 franchi in stabilimenti di primo ordine), mentre in Francia si spendono correntemente 60-80 franchi al giorno per la sola camera. In tal modo la clientela viene sviata, sicchè la sete di guadagno dell'oggi verrà scontata con i danni di domani. Anche in Italia non si può dire che gli albergatori abbiano prezzi modesti!, ciò non ostante, le stazioni climatiche ed idrominerali sono rigurgitanti di *snobs* e di gente che ama divertirsi e paga senza fiatare. Chi ne soffre maggiormente è quello che ha un reale bisogno di cura e che deve sottostare per i suoi malanni a spese enormi, impostegli dalla rapacità degli industriali.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

L'Igiene Moderna, luglio. — G. A. BROSSA. — L'assorbimento di sostanze coloranti per mezzo di microrganismi. — F. PEPEU. Pericoli dell'acido cianidrico gassoso. — D. FALLERONI. Importanza degli animali domestici nella difesa contro la malaria.

Annales de Médecine, n. 2. — V. HUTINEL e M. MAILLET. Distrofie glandolari mono-sintomatiche. — E. LÉNOBLE. Le miocarditi sifilitiche antiche «disabitate».

Revue Médicale de la Suisse Romande, sett. — L. SCHNYDER. Le tendenze attuali della psicoterapia. — W. BOVEN. Psicologia del sogno.

Revue Neurologique, n. 6. — Resoconto del Congresso francese di neurologia e psichiatria.

Gazette des Hôpitaux, 27 e 29 sett. — L. RÉNON. L'esame regolare e sistematico in medicina preventiva.

Medical Record, 6 agosto. — J. C. HEMMETER. Costituzione e patogenesi.

Archivos de Cardiologia y Hematologia, agosto. — F. MAS Y MAGNO. La fisiologia dei tessuti linfoidi.

Annali d'Igiene, agosto. — B. GRASSI. Gli amori degli anofeli. — F. SANFELICE. Trasformazione dei bacilli acido-resistenti in bacilli della tubercolosi nell'organismo animale. — P. ZANNELLI e G. SANTANGELO. Etiologia dell'encefalite letargica.

La Stomatologia, sett. — V. ALOI. Gli epiteliomi della lingua.

Pathologica, 15 sett. — G. GUERRINI. Ricerche sulla avitaminosi.

Revue de Chirurgie, n. 5. — A. AUGÉ e R. SIMON. Ernie della linea semi-lunare di Spiegel. — *Id.*, n. 6. DELORE e WERTHEIMER. Le anastomosi entero-biliari (colecistoenterostomia e colecistogastrostomia).

Annali di Odontologia, sett. — A. CHIAVARO. L'odontoiatria in oculistica e nell'insegnamento medico.

Paris Médical, 24 sett. — J. MINET e R. LEGRAND. Forma localizzata cardiaca dell'eberthemia. — DUMONTET. La piccola insufficienza respiratoria nei fanciulli.

New York State Journal of Medicine, sett. — W. M. LESZYNSKY. La sciatica è un sintoma o una entità clinica?

The Boston Medical and Surgical Journal, 15 sett. — M. BAFF. L'eziologia dell'isterismo.

Medizinische Klinik, 25 sett. — H. SIEGMUND. Sulla vecchiaia e sulle alterazioni della vecchiaia.

La Presse Médicale, 28 sett. — G. GUILLAIN, G. LAROCHE e P. LECHELLE. La reazione del benzoino colloidale.

Medical Record, 10 sett. — J. M. TAYLOR. Terapia ortocinetica. — R. W. WILCOX. L'avvenire della terapia. — F. M. POTTENGER. Il nichilismo terapeutico.

Berliner Klinische Wochenschrift, 26 sett. — N. GULEKE. Trattamento operativo delle articolazioni completamente anchilosate. — H. BEGER. Infezione di laboratorio da febbre dei sette giorni.

La Medicina Ibera, 17 sett. — G. MARTINEZ-BARBOSA. La pneumatosi cistica dell'intestino.

The Journal of the American Medical Association, 17 sett. — A. WHITMAN, C. DAVISON. Sulle fratture del collo del femore. — V. PUTTI. Allungamento del collo del femore. — K. M. LYNCH. Granuloma inguinale.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 30 sett. — W. FALTA, F. HÖGLER e A. KNOBLOCH. Urobilinogenuria alimentare (prova della bile). — K. BAUER. Wassermann positiva nel tifo petecchiale.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 18 agosto. — A. LOSCHI. Sinfisiectomia parziale «Costa».

The American Journal of the Medical Sciences, sett. — W. DE P. INLOW. La milza e la digestione. — F. M. POTTENGER. Sulla diagnosi della tubercolosi. — T. S. WESTCOTT. Pseudo-rubella. — J. B. GUTHRIE. Classificazione dei rantoli. — H. G. KUCHNER. Adenomiomi ricorrenti dell'utero.

The Practitioner, ottobre. — C. MACMAHON. Il trattamento fisico dell'enteroptosi. — A. SAVILL. Trattamento delle emorragie uterine con la corrente galvanica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXVIII — Roma, 21 Novembre 1921 — Fasc. 47

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretto dal prof. G. B. QUEIROLO.

Ricerche sulla cutireazione regionale.

Prof. EMANUELE MONDOLFO, assistente e libero docente.
ALDO COSCERA, allievo interno e laureando.

Fino dal 1916 il Pisani propose per primo di praticare la cutireazione in corrispondenza del supposto focolaio tubercolare, anzichè al braccio, come usualmente suol farsi, avendo osservato come la cutireazione «regionale» fornisse in genere resultati più dimostrativi. Questo autore riferì di aver ottenuto più volte positiva la cutireazione regionale, mentre era stata negativa quella praticata contemporaneamente sul braccio e nella regione omologa sana (1).

Due anni dopo Pollitzer (2) pubblicò i resultati ottenuti praticando la cutireazione regionale in 40 bambini dai 2 ai 9 anni. Egli concluse che la cutireazione regionale è quasi sempre assai più marcata della cutireazione brachiale. Solo in due casi, su 40, l'ottenne negativa al braccio e positiva regionalmente.

Da Gradi (1) riferì nel marzo 1919, alla Società medico-chirurgica di Pavia, i resultati di 51 cutireazione regionale praticate su adulti, rilevando come 17 resultassero positive sul focolaio morboso e negative sul braccio, e come le rimanenti 34 fossero ugualmente positive tanto nell'una quanto nell'altra sede.

Camillo Pestalozza (2) sperimentò nei bambini, adoperando contemporaneamente tubercolina umana e tubercolina bovina. Egli fu indotto ad usare anche quest'ultima riflettendo come recenti studi avessero dimostrato che nell'infanzia, e specialmente nella prima infanzia, oltre la tubercolosi da bacillo umano fosse assai frequente quella da bacillo bovino.

Dalle ricerche di questo autore resultò che, nella maggior parte dei casi, la cutireazione regionale ha prevalenza su quella brachiale, nei riguardi della intensità; ma, poichè in nessun caso ebbe ad osservare reazione nettamente negativa al braccio, di fronte a reazione regionale positiva, concluse che, nei riguardi della

(1) PISANI. *Cutireazione regionale.* Pathologica, 1° aprile 1916.
(2) POLLITZER. *Sulla importanza della cutireazione regionale nei bambini.* Gazzetta internazionale di medicina e chirurgia, Napoli, 1918.

(1) DA GRADI. *Valore diagnostico della cutireazione nelle infezioni tubercolari.* Bollettino della Società medico-chirurgica di Pavia, n. 3, 1919.
(2) PESTALOZZA. *Sulla cutireazione regionale nei bambini.* La Pediatria, n. 4, 1920.

pediatria (dato che agli stessi resultati era presso a poco giunto anche il Pollitzer) questo nuovo metodo di indagine fallisce completamente, mentre nell'adulto ha un più alto valore, considerate le conclusioni del Da Gradi, dalle quali risulta che nel 34 % dei casi la cutireazione regionale è capace di svelare la presenza di un focolaio tubercolare, che non è reso manifesto dalla cutireazione a distanza.

Il Pestalozza spiega questa disparità di reperti fra adulti e bambini, ammettendo in questi ultimi una maggiore sensibilità alla cutireazione, per la quale « forse si potrebbe invocare la deficienza delle difese umorali dell'organismo infantile, deficienza che è stata dimostrata sotto diversi punti di vista da alcuni AA. della scuola Francese ». Anche per la cutireazione regionale come indice di localizzazione del focolaio, il Pestalozza conclude per un valore assai scarso della prova.

Il Vivenza (1) pure studiò la cutireazione regionale su 84 ammalati, parte di forme tubercolari apiretiche, parte febbrili; di questi in 47 ebbe reazioni uguali; in 27 reazioni positive o più evidenti al braccio; solo in 10 reazione positiva o più evidente in corrispondenza del focolaio. Nega pertanto qualsiasi valore alla cutireazione regionale.

Noi abbiamo preso in esame 82 soggetti ammalati di forme tubercolari, parte accertati batteriologicamente, parte grandemente sospetti.

Oltre che sugli ammalati degenti in questa Clinica, abbiamo sperimentato sopra infermi degenti nei varii turni medici e chirurgici dei RR. Spedali Riuniti di Livorno: al Direttore Sanitario di detti ospedali dott. Matteini, ai primarii professori Coen, Anzilotti, Mancini e dottori Montalcino e Fabiani, porgiamo i nostri più vivi ringraziamenti per il materiale di studio cortesemente fornitoci.

Di questi 82 casi 19 risposero negativamente, tanto alla cutireazione sull'avambraccio quanto a quella regionale; tali resultati negativi, nulla significando, nè pro nè contro la cutireazione regionale, abbiamo omesso a scopo di maggiore chiarezza delle tabelle riassuntive.

La tecnica da noi seguita è stata quella di Pirquet; usammo la tubercolina umana al 25 % che all'uopo prepara l'Istituto Siero-terapico Milanese.

Nel rilevare il resultato della cutireazione praticata, curammo di seguirne il decorso e di segnarne il reperto solo quando la reazione aveva raggiunto la sua massima intensità.

Abbiamo spesso notato una considerevole differenza fra cutireazione brachiale e regionale, nel riguardo della rapidità con cui le due reazioni raggiungono il rispettivo acme. La maggior parte delle volte, nelle prime 12-24 ore, le due zone di reazione vanno di pari passo; indi, nelle successive 12 ore, assai spesso è la cutireazione regionale che acquista caratteri di maggiore evidenza.

Qualche rara volta, però, osservammo la cutireazione regionale raggiungere rapidamente il suo massimo, mentre la reazione dell'avambraccio seguitava lentamente a progredire: raggiunti i rispettivi massimi, notammo che in tali casi la cutireazione regionale si manifestava assai più intensa.

Queste circostanze hanno, a parer nostro, una grandissima importanza nella interpretazione dei resultati ottenuti; e chi, trascurandole, si limitasse a fare, dopo un tempo adeguato, una sola volta il confronto delle due zone di reazione, giungerebbe certo ad erronei reperti.

Per la lettura dei nostri resultati sulle annesse tabelle, usammo i segni convenzionali di cui diamo la spiegazione nel seguente specchietto:

− − − −	reazione negativa
+ − − −	reazione con eritema e papula lievi, con induramento appena accennato.
+ + − −	eritema, papula e induramento evidenti.
+ + + −	eritema, papula e induramento marcatissimi.
+ + + +	eritema, papula e induramento marcatissimi, con presenza di alone periferico.

TABELLA I.

Lesioni polmonari dell'apice.

	Cutireazione al braccio	Cutireazione regionale: apice destro	Cutireazione regionale: apice sinistro
1. Giselda F., anni 16. Broncoalveolite apicale destra (bacilli di Koch nell'escreato).	+ − − −	+ + + +	+ + − −
2. Alaide M., anni 22. Broncoalveolite apicale sinistra (bacilli di Koch nell'escreato).	+ − − −	+ − − −	+ + + −
3. Margherita B., anni 27. Broncoalveolite apicale sinistra.	+ − − −	+ + − −	+ + − −

(1) VIVENZA. *Contributo alle ricerche sul valore della reazione tubercolina.* La tubercolosi, dicembre 1920.

	Cutireazione al braccio	Cutireazione regionale	
		apice destro	apice sinistro
4. Giuseppe M., anni 44. Broncoalveolite apicale sinistra.	+−−−	++−−	++++
5. Armando P., anni 31. Broncoalveolite apicale destra (bacilli di Koch nell'escreato).	+−−−	+++−	++−−
6. Maria F., anni 21. Broncoalveolite apicale destra (bacilli di Koch nell'escreato).	++++	++++	++−−
7. Argia S., anni 30. Broncoalveolite apicale destra (bacilli di Koch nell'escreato).	++−−	++++	++−−
8. Maria D., anni 30. Broncoalveolite apicale destra.	+−−−	+++−	++−−
9. Umberto B., anni 16. Broncoalveolite apicale sinistra.	−−−−	−−−−	+−−−
10. Gino S., anni 23. Broncoalveolite apicale bilaterale.	−−−−	++−−	++−−
11. Raffaella P., anni 23. Broncoalveolite apicale destra.	−−−−	++−−	−−−−
12. Armida B., anni 23. Broncoalveolite apicale destra.	−−−−	+−−−	−−−−
13. Ada F., anni 19. Broncoalveolite apicale sinistra.	++−−	++−−	+−−−
14. Adria C., anni 19. Broncoalveolite apicale destra.	++−−	++−−	+−−−
15. Ines F. anni 36. Sclerosi dell'apice destro.	−−−−	+++−	++−−

TABELLA II.

Lesioni polmonari diffuse.

	Cutireazione al braccio	Cutireazione regionale	
		emitorace destro	emitorace sinistro
16. Guido V., anni 20. Tubercolosi polmonare con prevalenti lesioni a destra.	+−−−	++−−	++−−
17. Gaetano C., anni 21. Tubercolosi polmonare bilaterale con prevalenti lesioni a destra (bacilli di Koch nell'escreato).	++−−	+++−	++−−
18. Olinto P., anni 20. Tubercolosi polmonare bilaterale con prevalenti lesioni a sinistra (bacilli di Koch nell'escreato).	−−−−	++−−	+−−−
19. Ezio R., anni 19. Tubercolosi polmonare bilaterale con fenomeni cavitarii.	+−−−	+−−−	+−−−
20. Vincenzo G., anni 44. Tubercolosi polmonare, con prevalente lesione a sinistra (bacilli di Koch nell'escreato).	+−−−	+++−	+++−
21. Atos P., anni 24. Tubercolosi polmonare bilaterale con fenomeni cavitarii (bacilli di Koch nell'escreato).	−−−−	−−−−	+−−−
22. Cesira G., anni 27. Tubercolosi polmonare bilaterale con prevalenti lesioni a sinistra.	−−−−	+−−−	+−−−

TABELLA III.

Lesioni polmonari con pneumotorace terapeutico.

	Cutireazione al braccio	Cutireazione regionale	
		emitorace destro	emitorace sinistro
23. Giulia G., anni 19. Tubercolosi polmonare bilaterale (bacilli di Koch nell'escreato). Pneumotorace a sinistra.	+−−−	++−−	+−−−
24. Irma F., anni 22. Tubercolosi polmonare bilaterale (bacilli di Koch nell'escreato). Pneumotorace a sinistra.	+−−−	+−−−	+++−
25. Luigi B., anni 24. Tubercolosi polmonare bilaterale (bacilli di Koch nell'escreato). Pneumotorace a sinistra.	+−−−	++−−	++−−
26. Ida B., anni 18. Tubercolosi polmonare bilaterale. Pneumotorace a destra.	++−−	+−−−	+−−−
27. Dina C., anni 16. Tubercolosi polmonare bilaterale. Pneumotorace a destra.	+−−−	++−−	++−−
28. Pasquina L., anni 18. Tubercolosi polmonare bilaterale. Pneumotorace a sinistra.	+−−−	++−−	++−−

TABELLA IV.

Pleuriti essudative.

	Cutireazione al braccio	Cutireazione regionale	
		emitorace destro	emitorace sinistro
29. Angelo T., anni 26. Pleurite saccata destra.	++−−	++++	+++−
30. Ugo B., anni 19. Pleurite sinistra.	+−−−	++−−	++−−
31. Santina C., anni 35. Pleurite saccata sinistra.	+−−−	+−−−	+−−−
32. Gina F., anni 30. Pleurite sinistra.	++−−	+++−	+++−
33. Alcibiade C., anni 27. Pleurite sinistra.	++−−	++−−	++−−
34. Maria T., anni 19. Pleurite sinistra.	−−−−	+−−−	−−−−
35. Giulia G., anni 34. Pleurite destra.	+−−−	+−−−	−−−−
36. Anelusco P., anni 24. Pleurite sinistra.	++−−	++−−	+++−

TABELLA V.

Peritoniti essudative.

	Cutireazione al braccio	Cutireazione regionale (sull'addome)
37. Vincenzo G., anni 7. Peritonite tubercolare (accertata alla biopsia).	++−−	+++−
38. Romolo C., anni 19. Peritonite saccata.	+−−−	++−−
39. Giuseppina K., anni 40. Peritonite saccata.	−−−−	+−−−

TABELLA VI.
Polisierositi.

	Cutireazione al braccio	Cutireazione regionale emitorace destro	emitorace sinistro	addome
40. Pronta E., anni 23. Pleurite sinistra. Peritonite.	– – – –	+ – – –	+ + + –	+ + + –
41. Angelo F., anni 43. Pleurite destra. Peritonite con versamento saccato. Broncoalveolite bilaterale.	– – – –	+ + + –	+ + – –	+ – – –

TABELLA VII.
Lesioni degli annessi uterini.

	Cutireazione al braccio	Cutireazione regionale all'addome: quadrante infer. destro	quadrante infer. sinistro
42. Ada R., anni 27. Salpingite destra.	+ – – –	+ + – –	+ – – –
43. Virginia D., anni 38. Salpingite destra.	+ – – –	+ + + –	+ – – –

TABELLA VIII.
Lesioni renali.

	Cutireazione al braccio	Cutireazione regionale: regione lombare destra	regione lombare sinistra
44. Giovanna M., anni 29. Tubercolosi renale bilaterale (bacilli di Koch nelle urine).	+ – – –	+ + – –	+ + + –
45. Arturo C., anni 39. Tubercolosi renale destra (bacilli di Koch nell'urina tolta col cateterismo ureterale dal rene destro).	+ – – –	+ + + –	+ + – –
46. Antonio Z., anni 33. Tubercolosi renale sinistra (bacilli di Koch nell'urina del rene sinistro, tolta col cateterismo ureterale)	+ – – –	+ – – –	+ – – –
47. Teresa A., anni 50. Tubercolosi renale bilaterale (bacilli di Koch nelle urine).	+ – – –	+ + – –	+ – – –

TABELLA IX.
Lesioni ossee.

	Cutireazione al braccio	Cutireazione regionale (in corrispondenza del focolaio)
48. Sirio L., anni 2. Morbo di Pott (10ª vertebra dorsale).	+ – – –	+ + + –
49. Dusolina R., anni 13. Morbo di Pott (1ª e 2ª vertebra lombare).	+ – – –	+ + + –
50. Sergio M., anni 5. Morbo di Pott (3ª-5ª vertebra lombare).	– – – –	+ – – –
51. Rosina G., anni 3. Ascesso freddo al gomito sinistro.	+ – – –	+ + + –
52. Santina G., anni 25. Morbo di Pott (2ª-3ª vertebra lombare).	+ – – –	+ – – –
53. Santina G., anni 25. Artrosinovite tubercolare del ginocchio destro.	+ – – –	+ + – –
54. Giuseppe M., anni 20. Osteite tubercolare del calcagno.	+ + – –	+ + + –
55. Anita F., anni 10. Coxite destra.	+ – – –	+ + + –
56. Giulio M., anni 16. Coxite sinistra.	– – – –	+ – – –
57. Anna N., anni 13. Coxite destra.	+ – – –	+ + + –
58. Balilla B., anni 23. Morbo di Pott (1ª e 2ª vertebra lombare).	+ – – –	+ + + –

TABELLA X.
Lesioni linfoglandolari.

	Cutireazione al braccio	Cutireazione regionale (in corrispondenza del focolaio)
59. Mario D., anni 8. Linfoadenite della regione cervicale sinistra.	+ – – –	+ – – –
60. Maria R., anni 10. Adenite cervicale destra.	+ + – –	+ + – –
61. Gina G., anni 13. Adenite cervicale.	+ – – –	+ – – –
62. Arturo C., anni 11. Linfoadenite cervicale.	+ – – –	+ + – –
63. Giuseppe A., anni 14. Linfoadenite cervicale.	+ – – –	+ + – –

Dalla 1ª tabella, ove trovansi riassunti i risultati ottenuti in 15 casi di lesioni tubercolari apicali, si rileva come la cutireazione regionale, praticata in corrispondenza della fossetta sopraclavicolare del lato leso è apparsa in genere considerevolmente più intensa della reazione della fossetta omologa, ed ancor più intensa di quella dell'avambraccio.

Di 4 casi di tubercolosi renale (Tabella VIII) 3 diedero cutireazione regionale più intensa.

In 2 ammalate di annessite, certamente specifica in una, dubbia nell'altra, la cutireazione regionale rilevò notevole differenza di intensità fra la parte sana e quella malata, mentre la reazione al braccio fu lieve (Tabella VII).

Fin qui i resultati nostri concordano approssimativamente con quelli ottenuti dal Pisani in forme simili; ma in altre prove noi abbiamo ottenuto resultati alquanto diversi.

Il Pisani infatti, in casi di tubercolosi polmonare bilaterale, osservò una cutireazione regionale più pronta e più intensa dalla parte della minor lesione, sì da resultarne una vera e propria «reazione paradossa». Noi invece, sopra 7 ammalati di tale specie (Tabella II), in uno soltanto (caso n. 18) riscontrammo una più evidente reazione dal lato della lesione meno grave. Se si nota poi che, in questo unico caso, la differenza di intensità fra le due reazioni non era eccessivamente marcata, se d'altra parte si considera che negli altri 6 le due reazioni regionali avevano pressochè la medesima intensità si può asserire esser mancato del tutto, nelle nostre osservazioni, il fenomeno della reazione paradossa, rilevato da Pisani.

Nei pazienti affetti da tubercolosi polmonare con pneumotorace terapeutico in atto, questo autore asserisce che «la cutireazione va dimi-«nuendo sino a rendersi completamente ne-«gativa dalla parte del pneumotorace e figura «invece positiva dalla parte opposta ad ec-«cezione di quei casi in cui l'intervento cura-«tivo fu praticato molto precocemente per lo-

« calizzazioni esclusive di un lato, nella quale « circostanza la cutireazione finisce di solito « per mancare da ambedue le parti.

« In pazienti sofferenti di pleurite essuda- « tiva ad impronta clinica granulare » — continua il Pisani — « la cutireazione ha un com- « portamento molto vario; quello che si può « tuttavia ritenere, in linea di massima, è che « la presenza di liquido ostacola, più che fa- « vorire, il manifestarsi della reazione cuta- « nea ».

Noi, per contrario, nei casi con pneumotorace terapeutico, non riscontrammo mai negativa la cutireazione dal lato leso; anzi in 2 su 6 ammalati, il cui pneumotorace datava da parecchio tempo, la reazione fu leggermente più intensa sulla parte iniettata di azoto, in un sol caso fu di minore evidenza, negli altri 3 le reazioni apparvero quasi uguali. La cutireazione sull'avambraccio, fu in 5 di questi casi assai più lieve delle reazioni regionali (Tabella III).

Sopra 13 casi di affezioni essudative delle sierose con versamento in atto (in parte trattavasi di pleuriti, in parte di peritoniti, in parte di polisierositi) notammo in 10 una cutireazione regionale più intensa in confronto di quella brachiale; tale maggiore intensità si presentava poi marcatissima in 4 di queste osservazioni. Negli altri tre casi le due reazioni (regionale e brachiale) resultarono di intensità pressochè uguale (Tabelle IV, V e VI).

Nei nostri casi dunque, diversamente da quanto ebbe ad osservare il Pisani, *nè gas, nè liquido interposti fra cute e focolaio tubercolare ostacolarono il presentarsi della cutireazione con la tubercolina.*

Abbiamo praticata la prova anche in 11 soggetti che presentavano lesioni tubercolari delle ossa (Tabella IX): in quasi tutti la cutireazione in corrispondenza del focolaio apparve assai più intensa che non la reazione al braccio; quest'ultima, anzi, in 2 casi resultò negativa (casi 50° e 56°).

Nelle lesioni linfoglandulari la differenza tra le due reazioni non è stata molto notevole (Tabella X).

***

Dal complesso di queste nostre osservazioni è resultato che, *nella grande maggioranza dei casi, le due reazioni sussistono contemporaneamente, con spiccata prevalenza di intensità per la cutireazione regionale.*

Raramente è stata positiva la reazione regionale e negativa la brachiale; mai è avvenuto il fenomeno inverso. Pochi casi hanno presentato le due reazioni di uguale intensità.

Concludendo, a noi sembra poter asserire che la cutireazione del Pisani fornisca, a chi sappia convenientemente valutarne i resultati, utili criterii diagnostici.

Essa infatti possiede una peculiare sensibilità per cui, là dove un focolaio tubercolare in atto ha accesa o ravvivata la sensibilizzazione del protoplasma cellulare, può sceverare la nuova infezione da un'altra pregressa e latente; può confermare la sede della lesione nel punto ove la indagine clinica l'ha sospettata.

Che possa darsi il caso di una cutireazione regionale negativa e positiva al braccio od in altro punto della superficie cutanea, a noi non occorse mai di osservare; nè crediamo tale reperto facile a riscontrarsi, sebbene ammesso da alcuni sperimentatori.

Può bensì verificarsi al braccio (ove la pelle è particolarmente delicata e sensibile) una reazione caratterizzata da eritema, che non si produce contemporaneamente nella regione sospetta; ma al semplice eritema non deve attribuirsi alcun significato, ove esso non si accompagni con l'induramento, segno essenziale e caratteristico della positività della reazione. Del resto, quand'anche in via eccezionalissima si dia il caso di una reazione brachiale positiva e regionale negativa, tale fenomeno non è privo di valore diagnostico, in quanto consente di escludere, con grande probabilità, la esistenza di un focolaio tubercolare in atto in corrispondenza della regione ove la prova venne eseguita.

Ma perchè la cutireazione regionale escluda la lesione tubercolare in una determinata sede, non è necessario che la reazione resulti negativa: basterà ch'essa non abbia intensità maggiore (specie nel riguardo dell'induramento) della reazione al braccio.

CONCLUSIONI.

1° La cutireazione regionale può grandemente avvalorare il sospetto clinico di lesione tubercolare in sede determinata.

2° La cutireazione regionale può, più precocemente della reazione al braccio, rilevare un focolaio tubercolare in atto.

3° La cutireazione regionale può sceverare una nuova infezione tubercolare da altra pregressa.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO.
Sezione Medica diretta dal prof. P. F. ZUCCOLA.

Tic clonico del diaframma

per il dott. IGINIO BERSANI, assistente.

Nella letteratura medica e nei trattati in genere si trovano rari cenni di un'affezione funzionale del diaframma, che si estrinseca in pure, ritmiche contrazioni cloniche di esso.

Delle possibili lesioni del diaframma, da Duchenne è stato descritto lo spasmo tonico, sindrome di natura isterica che si manifesta pure nel tetano e nella tetania; lo spasmo clonico del diaframma, il comune singhiozzo, è noto anche ai profani. La sindrome, di cui la presente nota, non partecipa quasi per nulla delle succitate, consistendo in frenoclonie, a rima glottidea dilatata (donde la mancanza del singhiozzo); raggiungenti il numero anche di 120 al minuto, alteranti il tipo ed il ritmo respiratorio, indipendenti da disturbi di circolo, insorgenti per lo più accessualmente ma anche spesso frequenti dopo turbe psichiche, suscettibili di accentuazione o inibizione a seconda della volontà diretta o riflessa del paziente, senza la concomitanza di alcun altro segno a carico di altro organo.

Si tratta di una manifestazione osservata su un ammalato C. B. d'anni 51, di professione giardiniere, coniugato con prole, il quale, il giorno 16 maggio 1921, chiese ricovero nella nostra sezione, allegando certi disturbi insorgenti ad accessi, dell'apparato respiratorio, per i quali la respirazione gli riusciva assai penosa. Teneva gli occhi protetti da una benda per intensa fotofobia. Interrogato, risulta che nel gentilizio non vi ha nulla di importante; ha figli sani e viventi, la moglie non ha avuto aborti. Dei rami laterali non sa fornirci notizie precise. Masticatore di tabacco; non ha fatto uso nè di vino nè di liquori; assicura di non aver contratto lue. A 23 anni ha sofferto tifo; a 28 polmonite, a 32 bronchite.

I succitati disturbi della respirazione si sono iniziati da quindici mesi. Narra che in tale epoca si era messo a letto con modica tosse e febbre, che dopo pochi giorni scomparvero. Durante lo sfebbramento, insensibilmente, egli fu colto da una particolare modalità di respiro (che il paziente descrive come una tachipnea), durante la quale provava una sensazione molto penosa di ambascia; tipo di respiro che non tardò a presentarsi sotto forma di accessi. Pare che gli accessi in breve si intensificassero per durata, intensità e frequenza, tanto da presentarsi quasi giornalmente, anche per otto ore consecutive circa, preferibilmente al mattino, comparendo anche improvvisamente per piccole emozioni o turbamenti di qualsiasi natura. Tenne il letto per vari mesi, fece cure mediche ottenendo un leggero miglioramento, ma senza che la tachipnea accessuale scomparisse. La fotofobia di cui è pure affetto, davvero intensa, sarebbe comparsa come conseguenza di un'ulcera corneale all'occhio destro, di cui ammalò durante la degenza per il disturbo respiratorio, ulcera che guarì abbastanza presto. La fotofobia è intensa pure a sinistra. Da un mesetto, essendosi sottoposto a cause reumatizzanti, l'a. ha di nuovo tosse con escreato piuttosto abbondante. Il dimagramento subito dal p., a detta dei famigliari, è notevole, malgrado che egli abbia sempre potuto nutrirsi abbastanza bene. I disturbi principali che al momento della sua entrata in ospedale l'a. accusa, sono la fotofobia e le crisi di dispnea. Aggiunge che ha spesso dei disturbi vaghi, passeggeri, cefalea, parestesie, minzione urente che compare e scompare quasi ad accessi (senza lesioni delle vie genito-urinarie), grave adinamia e facile esauribilità che non gli permettono lavoro alcuno.

All'E. O. si nota stato generale poco buono; regolare sviluppo somatico, muscolatura ipotonica, scarsissimo pannicolo adiposo, notevole pallore della cute e delle mucose visibili. Peso 54 Kil. Apiressia.

Capo libero; fotofobia intensa da ambedue gli occhi; pupille uguali, reagenti; leucoma corneale destro da pregressa ulcera. Nessuna altra alterazione sia a carico della camera anteriore che della posteriore tanto a destra che a sinistra.

Campo visivo uniformemente ristretto.

Esame otorinolaringoiatrico negativo.

Collo piuttosto scarno, non vi si palpano ghiandole.

Torace regolare. Durante l'esame il paziente è in preda a tachipnea senza che la sua attitudine riveli una sete d'aria molto intensa. I respiri sono brevi e frequenti (se ne contano 75) e sono compiuti esclusivamente a carico del diaframma. Si osservano espansioni e rientramenti delle pareti epigastriche che comunicano piccole scosse al tronco; gli archi costali sono quasi del tutto immobili; non sussistono segni di ostacolo nelle vie aeree superiori. Gli apici sono più bassi della norma, il fremito vocale è normalmente trasmesso ovunque.

All'ascoltazione sono apprezzabili dei rantoli diffusi specie alle basi.

Cuore in limiti; toni un po' profondi; polso 88, regolare. Addome trattabile, indolente, suono timpanico. Fegato e milza in limiti.

Agli inguini pleiade ghiandolare; non si palpano le epitrocleari. Riflessi: corneale presente; faringeo assente, addominale, cremasterico, patellari presenti, ma diminuiti.

Nessuna alterazione della sensibilità; solo qualche ritardo nella discriminazione del caldo e del freddo.

Dermografismo evidente.

Escreato muco-purulento; negativa la ricerca del b. Koch. Cutireazione negativa; Reazione di Wassermann negativa sia sul siero di sangue che sul liquido cefalo-rachidiano.

Nulla di importante all'esame del sangue e delle orine.

All'esame radioscopico, eseguito durante l'accesso tachipnoico, l'ombra polmonare appare un po' opacata a destra, i movimenti respiratori avvengono esclusivamente a carico del diaframma, la cui metà sinistra è più mobile

della destra. (Ripetuto l'esame durante un periodo intraccessuale, i movimenti respiratori delle coste e del diaframma sono normali.

L'accesso di tachipnea osservato durante l'esame generale, dopo circa un'ora cessa. Il respiro riprende il tipo ed il ritmo normale, l'a., a parte il senso di debolezza, soggettivamente non avverte alcun disturbo.

Posta la diagnosi di una forma funzionale, mettiamo l'a. in riposo assoluto, in conveniente isolamento e oscurità, e iniziamo un trattamento ricostituente, sussidiato da applicazioni galvaniche sul frenico. Durante la degenza l'a. dimostra un carattere molto facilmente impressionabile; malinconico; si tiene appartato, assai preoccupato dei suoi disturbi che egli teme ormai inguaribili. Dopo circa un mese però di cura, egli migliora sensibilmente. La fotofobia è quasi scomparsa, e gli accessi dispnoici, che nei primi tempi insorgevano sistematicamente ogni mattina, sono più rari e meno intensi. Lo stato generale del paziente è notevolmente migliorato (il peso del corpo è aumentato di 6 chili), e, quel che più monta, l'ammalato ha acquistato nozione del suo miglioramento.

A maggiore dilucidazione della natura del disturbo, riporto qualcuna delle note più salienti del diario clinico:

19 maggio 1921: T. 36.7; P. 88; notte riposata. All'atto della visita, al sopraggiungere dei medici, l'a. viene colto da tachipnea che a poco a poco aumenta fino a raggiungere i 65 respiri al m'. Se l'attenzione del paziente viene distratta i respiri diminuiscono; al contrario, se viene richiamata e fissata sul disturbo, il numero loro aumenta con moto accelerato, sino a raggiungere la cifra di 126. Il polso non subisce modificazioni. All'ascoltazione dell'albero respiratorio, si rileva che l'aria penetra in tutto il polmone, ma specialmente nelle porzioni della base, dove l'inspirazione è più intensa che non altrove. L'accesso dura 20 m'.

23 maggio 1921: T. 36.5; P. 86; R. 30. Si conduce l'a. alla luce diffusa, il numero dei respiri sale improvvisamente a 52; mantenendosi per 15'.

25 maggio 1921: T. 36.9; P. 84; R. 28. L'a. ha avuto un nuovo accesso, insorto dopo la visita inaspettata di un congiunto (fatto identico si era verificato già per l'arrivo di una lettera della famiglia).

26 maggio 1921: T. 36.5; P. 78. Al momento della visita l'accesso è in atto. Invitando l'a. a compiere inspirazioni profonde i movimenti clonici cessano e il respiro riprende normale. Il p. si sottopone poco volentieri a questa manovra, perchè ha l'impressione di sentirsi, dopo di essa, molto più affaticato che non abbandonandosi al naturale svolgimento dell'accesso.

Reputo superfluo riportare altre annotazioni del diario, perchè nulla aggiungerebbe a quanto mi pare risulti abbastanza evidente sia dall'anamnestico, sia dagli episodi clinici, sia infine dai risultati della terapia, che fu prevalentemente psichica. Evidentemente trattasi di un'affezione funzionale a carico del diaframma aventi i caratteri dei tics clonici.

È bensì vero che nel nostro caso la reazione motrice non realizza un movimento o un'attitudine richiesta, ma avviene spontaneamente, esagerando un movimento normale che l'attenzione, le emozioni e lo strapazzo esaltano; la distrazione, la volontà diminuiscono. Nel nostro ammalato esso è un bisogno prepotente, cessa durante il sonno; è un movimento sempre coordinato che inizialmente diretto ad uno scopo e per un bisogno, si è fatto in un primo tempo automatico, poi abitudinario anche quando la causa determinante è venuta a mancare.

Tics con identica sintomatologia sono rarissimi. Remack (*La clinica contemporanea*) descrive il caso di una donna di 65 anni, affetta da una cifoscoliosi di alto grado che andava soggetta da 3 anni, in seguito ad un'influenza a quanto pare, a delle scosse ritmiche di tutta la parte superiore del corpo, le quali risultarono dipendere da contrazioni cloniche del diaframma che raggiungevano il numero di 48-54 al minuto. Con la galvanizzazione della nuca e del dorso la tachipnea diminuì e le scosse a poco a poco cessarono.

Satta (In memoria di C. Bozzolo, *Scritti medici dei discepoli*) descrive cinque casi di ipercinesi localizzata del diaframma; casi che differiscono dal mio in quanto il fenomeno osservato è continuo e non accessionale, persistendo pure nel sonno. Egli lo ascrive al gruppo delle mioclonie, conclude per la sua natura nevrosica, ma non parla di tic, e giustamente, poichè il carattere di permanere durante il sonno è proprio degli spasmi.

Io credo che la manifestazione da me descritta, debba essere registrata fra i tics, non solo per la mancanza di una causa irritante periferica, di una lesione nervosa organica (che darebbero ragione di uno spasmo), e per la sua accessionalità, ma ancora per l'influenza su di essa dei fattori psichici; fattori tutti che portano alla conferma di disturbi psicomotori e che fanno considerare il fatto come un riflesso psichico patologico. Che esistano infatti nel paziente delle stimmate psichiche degenerative dimostrerebbe e il suo carattere, gli episodi della sua facile emotività, il comportamento dei riflessi, le parestesie, la disuria pure accessuale, indipendente da una malattia delle vie genito-urinarie; nonchè la fotofobia non altrimenti spiegabile dopo la guarigione della lesione corneale, se non come un riflesso durevole della predetta irritazione ormai scomparsa, esclusa qualsiasi altra lesione centrale o periferica a carico dell'apparato della visione.

Nei casi riportati da Remack e da Satta la sindrome diaframmatica si iniziò o dopo traumi psichici o dopo una causa infettiva; similmente nel mio paziente essa fu preceduta da un periodo febbrile, ed i fatti catarrali febbrili delle vie respiratorie (tali erano i sintomi per i quali l'ammalato si era messo a letto), influendo come stimolo periferico passeggiero, possono benissimo aver determinato un accesso di tachipnea, che, data la disposizione nevropatica del paziente, per deficiente inibizione volontaria, potè ripetersi, fino a diventare automatico, ed assumere così i caratteri descritti. Come avvenga questa mancanza di inibizioni, vale a dire la ripetizione di un determinato complesso di atti, in modo indefinito, in primo tempo come conseguenti di un determinato stimolo, per lo più psichico, e poi anche senza l'intervento di esso, è fenomeno, che solo nella natura psicopatica del ticoso trova la sua ragione. « Molti tics possono avere per origine un'idea. L'idea crea l'atto iniziale, la medesima idea genera il medesimo atto; se questa idea appare frequentemente, l'atto si ripete e ripetendosi acquista ogni giorno più la facilità di ripetersi ancora, diventando un'abitudine. In progresso di tempo poi l'episodio ticoso non ha più bisogno dell'intervento dell'imagine mentale per riprodursi. Riproducendosi esso senza causa e senza scopo, assume il carattere di intempestività ed assurdità. La sua natura psicopatica è per tal modo evidente ». (C. Negro. *Patologia e clinica del sistema nervoso*).

Un ulteriore carattere della sindrome descritta, che ratifica la sua assegnazione fra i tics, consiste nel fatto che invitando il paziente a compiere delle inspirazioni profonde durante l'accesso, vale a dire a inibire con un atto volitivo il suo tic, egli riesce nell'intento, mentre se si trattasse di uno spasmo (secondo Brissaud una reazione muscolare motoria risultante dall'irritazione di un punto qualunque dell'arco riflesso) l'atto inibitorio rimarrebbe senza effetto o quasi.

Altri rilievi di secondaria importanza potrebbero essere ancora riferiti, ma, come ho già detto, nulla acquisterebbero nè alla diagnosi nè alla terapia di una forma che interessa precipuamente per la sua rarità, trattandosi di una ipercinesi funzionale localizzata unicamente al diaframma.

RIASSUNTO.

L'A. espone un caso circa una lesione funzionale del diaframma, veramente rara, che egli, in base ai caratteri clinici, classifica fra i tics clonici.

MEDICINA SOCIALE.

Il libretto sanitario scolastico.

Il libretto sanitario scolastico fu istituito nel 1902 nelle scuole degli Stati Uniti e nel 1887 nelle scuole tedesche. Ma già molti anni prima che fosse istituito per legge dello Stato, esso aveva avuto la sua applicazione in molte città tedesche e americane, per iniziativa di alcuni medici scolastici.

L'istituzione del libretto sanitario scolastico trovò, dapprima, una certa opposizione da parte dei padri di famiglia, i quali temevano si violassero i segreti più gelosi dei loro figliuoli. Ma questa diffidenza fu presto vinta dalla tenace e paziente propaganda dei medici, i quali dimostrarono come il segreto professionale non era e non poteva essere affatto violato.

E infatti il libretto sanitario scolastico è redatto dal medico e dal medico è gelosamente conservato. Di esso in alcuni paesi, come nel Belgio e negli Stati Uniti, può prendere visione l'insegnante che alla sua volta ha l'obbligo della maggiore riservatezza: in altri appartiene solo al medico e alla famiglia dell'allievo.

Al Congresso internazionale di medicina scolastica tenutosi a Bruxelles nel 1906 fu riconosciuta l'immensa utilità di questa sapiente istituzione alla quale taluni popoli debbono in buona parte i meravigliosi benefici del riordinamento professionale secondo la divisione scientifica del lavoro. Il motore umano di fatto è la macchina più preziosa che esiste nel mondo, purchè si sappia convenientemente utilizzarla.

La gioventù italiana è disorientata nell'applicazione al lavoro, perchè non conosce le sue attitudini. Capita spesso che giovanetti astigmatici si preparano per le scuole di navigazione; affetti da daltonismo o concorrono per il servizio delle ferrovie; giovani che hanno attitudine alle ricerche sperimentali studiano invece scienze commerciali e viceversa.

Le Hilfsschulen di Germania hanno provato che anche ai semi-idioti si può procurare un mezzo di guadagnarsi il pane.

Il libretto sanitario scolastico dà alle famiglie un criterio scientifico sicuro per la scelta della carriera alla quale conviene avviare i loro figliuoli. Ed è in virtù di questo documento medico-pedagogico che i mestieri possono trovare buoni apprendisti, che l'industria può scoprire lavoratori abili, che il commercio può avvantaggiarsi degli elementi migliori, che la società può dare alle qualità ed attitudini diverse l'occasione di svilupparsi e di

fornire il massimo rendimento. Incontestabilmente il libretto sanitario scolastico è di grandissima utilità agli scolari, e costituisce una leva incomparabile nell'organizzazione economica di un paese.

Non è il caso di riprodurre, qui, i diversi modelli proposti o in uso nei diversi paesi, nè è il caso di farne la critica. Ognuno ha, dal punto di vista pratico, i suoi pregi e i suoi difetti. Ma, per lo scopo che si propongono, in generale si equivalgono.

Nel libretto sanitario scolastico si debbono annotare i seguenti dati: il nome dell'allievo, l'età, gli antecedenti ereditari, le malattie sofferte, la data e i risultati delle vaccinazioni subite, l'altezza, il peso, la circonferenza e i diametri del torace, l'aspetto generale, lo stato dello scheletro, del naso, della gola, dell'udito, della vista, della dentizione, del cuore, dei polmoni, dell'apparecchio digerente, delle glandole linfatiche. Ogni trimestre si prenderà nota della condotta. del lavoro, dell'attenzione, della memoria, del progresso; e, alla fine di ogni anno, delle attitudini che l'allievo ha rivelato.

Il *nome* può essere anche sostituito da un numero per meglio garantire il segreto professionale. In questo caso il medico avrà un registro indice dei numeri corrispondenti ai diversi allievi.

L'*altezza* deve essere misurata ogni sei mesi. Essa cresce seconda una media che è in rapporto con la razza, col clima, con le condizioni igieniche, col nutrimento. Proporzionatamente all'accrescimento ogni sei mesi deve variare l'assegnazione dei banchi, onde la posizione dell'allievo non risulti dannosa allo sviluppo. Se si manifesta in un allievo una deficienza o un arresto dell'accrescimento, il medico deve ricercarne le cause, le quali, quando siano curabili, debbono essere segnalate alla famiglia.

Il rapido aumento della statura che si manifesta nelle donne dall'11° al 14° anno e negli uomini dal 12° al 16° anno, preannunzia i fenomeni della pubertà. Spesso in questo travagliato periodo della vita si manifestano disturbi nervosi sotto forma di svogliatezza, di fiacchezza mentale, di inettitudine al lavoro, di irascibilità, di ribellione all'ordine familiare e scolastico. Il medico ha l'obbligo di sollecitare particolare benevolenza per questi allievi, in questo periodo, da parte dell'insegnante e da parte delle famiglie. La severità e le punizioni possono aggravare tali disturbi e condurre a conseguenze dannose.

Il *peso* dev'essere misurato ogni due mesi. Esso può denunziare una alterazione della nutrizione sintomatica di uno stato infettivo latente, che nessun altro sintomo ha ancora rilevato. Le oscillazioni anormali del peso, messe in rapporto con i precedenti ereditari e con le malattie pregresse, possono talvolta costituire i dati sufficienti, perchè siano consigliate quelle cure preventive che valgono a scongiurare i futuri difetti di sviluppo, le malattie del ricambio, talune malattie delle ossa, la tubercolosi, ecc. Quando la diminuzione del peso è comune a molta parte degli allievi, il medico indaga se derivi da *surmenage* intellettuale, da deficiente ventilazione delle aule, o da altri difetti igienici della scuola, e propone gli opportuni provvedimenti.

La *circonferenza* e i *diametri del torace*, misurati durante l'inspirazione e durante l'espirazione possono fornire dati importantissimi sulla insufficiente ventilazione polmonare, sulla predisposizione alla tubercolosi, sulla incipiente comparsa di un male di Pott.

L'*esame dello scheletro*, da ripetersi ogni sei mesi, può svelare spesso la comparsa di scoliosi, che precocemente scoperte, possono essere facilmente corrette.

Esame della gola e degli organi dei sensi. Vi sono difetti dell'attenzione (aprosessi), spesso accompagnati da disturbi dell'udito, i quali sono dovuti alla persistenza della tonsilla faringea nell'età in cui dovrebbe essere atrofizzata. Il medico, osservando la gola, s'accorge che il bambino è un adenoideo; e promuovendo una piccola operazione chirurgica, gli restituisce la sua attività somatica e cerebrale.

Molte volte capita che alcuni bambini si distraggono facilmente e giocano con i loro compagni vicini perchè odono male o vedono male. Dove manca il medico scolastico essi, dimostratisi insuscettibili di correzione all'insegnante ignaro dei loro difetti organici, sono trasferiti all'ultimo banco, perchè disturbino meno la classe; e le loro condizioni peggiorano. Il medico, facendo curare l'orecchio ammalato o facendo correggere, con lenti opportune, il vizio di refrazione della vista, può rendere questi bambini docili e studiosi. Il medico dispone altresì che i bambini miopi e quelli aventi acuità uditiva deficiente occupino i banchi più vicini alla tavola nera e all'insegnante.

L'*igiene della bocca* richiede una particolare attenzione da parte del medico scolastico. Coloro i quali sono affetti da carie dentaria o da piorrea alveolare se non ricorrono subito alle cure del dentista sono fatalmente predestinati alle gastro-enteriti, alle adenopatie, alle infezioni dell'albero respiratorio. La bocca,

anche nelle ordinarie condizioni d'igiene, è un ricettacolo immenso di microbi che trovano in essa tutte le condizioni adatte al loro sviluppo: temperatura opportuna, ambiente umido ed alcalino, sostanze albuminoidee. Si comprende perciò come in caso di affezioni dentarie, questi microbi crescano enormemente, producendo stomatiti, faringiti, fermentazioni putride. Il medico scolastico informa la famiglia dei pericoli che minacciano il figliuolo affetto da carie dentaria e invoca le cure necessarie.

L'*esame* accurato e scrupoloso *dei polmoni* ha un'importanza sociale molto maggiore dell'interesse personale. Un caso di tubercolosi in atto può infettare l'ambiente e contagiare i compagni. Il tubercolotico dev'essere, pertanto, senza esitazione allontanato dalla scuola.

Spesso lo *stato delle glandole linfatiche* è indice di predisposizione alla tubercolosi. Per questi pre-tubercolotici il medico scolastico può compiere opera veramente utile, avviandoli alle colonie marine, alle scuole all'aperto, alle colonie di montagna. Egli consiglierà loro di dormire in una stanza ben ventilata, di nutrirsi bene, di curarsi opportunamente, di scegliere una carriera che non richieda lavoro in ambiente chiuso e polveroso.

Il medico scopre i *difetti organici del cuore* e ne prende nota nel libretto sanitario, perchè le famiglie ne tengano conto quando debbono consigliare ai loro piccoli la scelta del lavoro professionale.

Egli provvede anche perchè questi malati siano dispensati dagli esercizi fisici, nocivi alla loro salute.

Dove sono le scuole all'aperto (e ormai queste sorgono in tutte le grandi città dei paesi civili), i libretti sanitari scolastici forniscono i dati necessari alla scelta degli allievi che vi debbono essere destinati.

Insomma questo documento nella sua semplicità, rappresenta un prezioso coefficiente di profilassi individuale e sociale contro le malattie che affliggono il genere umano, ed è anche una garanzia di progresso economico. Dove esso è istituito e redatto bene, quanti tubercolotici in meno, quanta economia di tempo e di danaro nell'applicazione dei giovanetti al lavoro, quanto maggiore rendimento del motore umano!

La clinica insegna che vi sono eredo-sifilitici i quali, dediti, nella vita, all'alcoolismo, diventano fatalmente candidati alla cirrosi epatica, alla tabe dorsale. Il libretto sanitario scolastico suggerendo alle famiglie la necessità di educare questi bambini fin dalla tenera età, all'astinenza delle bevande alcooliche, può rendere grandissimi servigi ed evitare immensi dolori all'umanità sofferente. Tutte le malattie ereditarie e costituzionali possono avere il loro esordio o almeno i loro sintomi premonitori lontani, nell'età dell'infanzia, della fanciullezza o dell'adolescenza. In questa età si manifestano pure i difetti di sviluppo. Le une e gli altri sono, in quest'età, suscettibili di cure efficaci, mentre in seguito diventano il più delle volte ribelli a tutte le risorse della scienza.

Purtroppo i mali inseparabili dalla natura umana sono molto minori di quelli che noi troviamo lungo il cammino della vita. La scienza può evitare o molcire molti dolori. E noi medici vediamo pericoli e risorse, ai quali sono ciechi gli occhi del pedagogo e gli occhi della mamma. Il medico moderno, preparato per la lotta, non tanto contro le malattie quanto contro le cause delle malattie, dei difetti dello sviluppo, del decadimento fisico di un popolo, non deve più limitare la sua ambizione a «guarire qualche volta, sollevare sovente, confortare sempre», e a far dire di sè ciò che Pirro diceva del suo maestro al Centurione: *pertransiit benefaciendo*. Il suo altruismo deve andare al di là del tempo presente, e le generazioni future debbono ritrovare le tracce indelebili del suo passaggio nella società, se egli saprà penetrare nella scuola e saprà dalla scuola irradiare la luce della sua sapienza.

Dott. BERTANI TOMASULO.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal Professor R. ALESSANDRI.

Le lesioni traumatiche del midollo spinale.

Dott. GUIDO EGIDI, aiuto e docente.

(*Cont. e fine, vedi n. 46*).

DETERMINAZIONE DELL'ALTEZZA DELLA LESIONE.

Le tavole che indicano la distribuzione periferica della innervazione motoria e sensitiva servono meglio di ogni altra descrizione a stabilire l'alterna del segmento midollare leso utilizzando i dati dell'esame neurologico. Noi perciò rinviando per i particolari alla consultazione di esse, ci limiteremo a alcuni ricordi sommari.

Tra le lesioni del midollo cervicale quelle complete situate al di sopra del 5° segmento cervicale sono mortali entro pochi minuti. Per alcune di quelle situate più in basso basta di solito uno sguardo all'atteggiamento del paziente per stabilire la sede della lesione.

Se la lesione è a livello del 5° segmento cervicale, tutti i muscoli delle braccia e delle spalle, come quelli del tronco e degli arti superiori, saranno paralizzati e le braccia resteranno perciò completamente inerti.

Se la lesione, essendo a livello del 6° segmento, lascerà indenni i muscoli innervati dal segmento soprastante (sopra e sottospinoso, deltoide, bicipite, supinatori), le braccia saranno ruotate in fuori, volte in alto, i gomiti flessi, gli avambracci supinati. Quando il paziente giaccia supino le mani verranno a congiungersi al di sopra del capo.

Se la lesione sarà a livello del 7° segmento sarà conservata la funzione dei mm. pettorali e gran dorsali i quali con la loro funzione adducente conserveranno la funzione del deltoide; le braccia potranno perciò essere avvicinate al tronco (i gomiti saranno flessi e le mani si congiungeranno sul torace del paziente supino). La paralisi interesserà le mani e le dita. Se i movimenti del polso saranno conservati, ciò dimostrerà che la lesione non sorpasserà l'8° segmento. Infine, se alcuni movimenti delle dita saranno possibili (quelli dovuti agli estensori e flessori) e le pupille saranno costantemente miotiche, il segmento leso sarà il 1° dorsale.

Nel comportamento della sensibilità è da ricordare che il 5° segmento cervicale fornisce il lato radiale e il 1° segmento dorsale fornisce il lato ulnare degli arti superiori. I rimanenti territori segmentali si distribuiscono a striscie parallele fra questi due estremi.

Nelle lesioni del midollo dorsale i segni motori non sono quasi affatto utilizzabili per la diagnosi di sede, mentre abbastanza bene servono i segni sensitivi. L'innervazione sensitiva fino al secondo spazio intercostale è fornita dai nervi sopraclavicolari che provengono dal 4° segmento cervicale. Poi vengono a strisce trasversali non parallele alle coste i territori del secondo e dei successivi segmenti dorsali. Secondo Koeher il livello superiore della anestesia corrisponde al punto più basso e anteriore dello spazio intercostale nel quale il nervo leso decorre. Da questo punto il limite dell'anestesia non decorre obliquamente come le coste, ma orizzontalmente in dietro. In corrispondenza della linea alba le zone si allargano un po' per permettere che il territorio del 12° n. intercostale possa giungere fino alla sinfisi.

Nel midollo lombosacrale, a cagione della limitata altezza dei singoli segmenti, si hanno spesso lesioni contemporanee di più di essi. Le lesioni nucleari preponderano sulle paralisi da conduzione e il ristabilirsi dell'attività autonoma dei segmenti midollari sottostanti alla lesione è resa difficile dalla vicinanza del tratto direttamente leso.

Tra i muscoli il cui difetto funzionale può servire alla diagnosi dell'altezza della lesione, si ricordi che il 3° segmento lombare innerva gli adduttori delle coscie, il 4° il m. quadricipite, il 5° i glutei medio e piccolo e i muscoli posteriori della coscia; il 1° sacrale il m. grande gluteo e gli estensori del piede; il 2° i muscoli del polpaccio; il 3° presiede all'erezione e all'eiaculazione; il 4° innerva lo sfintere dell'ano.

Per quel che riguarda l'innervazione sensitiva, i nervi lombari provvedono alla faccia anteriore della coscia e della gamba; e tra i nervi sacrali i primi due provvedono alla faccia posteriore della coscia e della gamba e al piede, gli ultimi ai genitali e al perineo.

Sulla difficoltà di distinguere le lesioni della parte inferiore del midollo da quelle della cauda abbiamo già parlato estesamente e non pare necessario dover tornare sull'argomento.

DETERMINAZIONE DELLA ESTENSIONE DELLA LESIONE IN SENSO TRASVERSALE.

Nella maggior parte delle lesioni traumatiche vertebrali di una certa gravità accompagnate da lesioni midollari, il quadro neurologico che si presenta è quello della paraplegia. Certo esistono eccezioni a questa regola. Tanto nella pratica civile che in quella di guerra si son viste lesioni di vertebre cervicali e anche di vertebre lombari senza sintomi midollari. Secondo Walton i sintomi midollari mancherebbero in circa un terzo dei casi dei traumi delle vertebre cervicali.

In altri casi i sintomi di lesione solamente parziale del midollo sono evidenti: sono i casi

nei quali al disotto del punto leso rimangono qualche movimento volontario o qualche funzione sensitiva o un riflesso patellare o la funzione normale della vescica.

Altre volte la lesione si presenta completa o quasi nel momento dell'esame, ma risulta che subito dopo il trauma esistevano segni certi per ammettere che la lesione fosse incompleta: si può in tali casi ammettere che l'aggravamento sia dovuto a complicazioni, come emorragie, edemi, mieliti irritative da compressione, meningiti, osteiti rarefacenti dei corpi vertebrali con cifosi (cosidetta malattia di Kümmell).

In tutti questi casi o si può con precisione definire la parziale estensione e la sede della lesione apportata dal trauma o si può per lo meno precisare che la lesione traumatica del midollo non fu totale e che la progressività dei disturbi è dovuta al persistere di una cagione nociva in rapporto solo indiretto col trauma e spesso curabile.

Al contrario il passaggio, per es., di un proiettile attraverso il midollo produce lesioni tomeno precisare che la lesione traumatica del midollo è limitata. Nello studio delle alterazioni anatomiche abbiamo infatti veduto che le lesioni sofferte dal midollo sono sempre molto estese oltre la zona ferita o contusa.

L'esame coi raggi X avrà un grande valore non solo per determinare se il proiettile o delle scheggie ossee si trovino al posto del midollo e quindi lo abbiano immediatamente distrutto, ma anche per accertare il decorso seguito dal proiettile e dallo studio di esso determinare se il midollo sia o non potuto rimaner diviso. In caso affermativo non sarà difficile ammettere fin dal principio che la paraplegia presentata dal paziente dipenda da una lesione del midollo completa e inguaribile.

Ma difficoltà gravi si hanno in quei casi nei quali si deve ammettere che la dura non sia stata perforata e tuttavia il paziente presenta una paraplegia completa.

L'esperienza ha insegnato che anche se la lesione anatomica del midollo è stata parziale e anche senza lesione anatomica dimostrabile, si ha a principio, in una numerosa serie di casi, una completa perdita di funzione che dà origine a una paralisi flaccida al disotto del territorio traumatizzato. È solo più tardi, quando il midollo si è riavuto dallo shock o quando l'edema in tutto o in parte è scomparso, che sarà possibile determinare se tutto il midollo sia stato distrutto o se vi sia stata una lesione parziale capace di guarire con o senza l'aiuto di un'operazione.

Negli stadi precoci dunque non si può distinguere una lesione completa da una incompleta. Ma se in un soggetto, che presenti una paralisi flaccida fino al livello della lesione e una corrispondente perdita di sensibilità con assenza di tutti i riflessi e con ritenzione di orina, entro due o tre giorni dal trauma si ristabilisce qualche forma di sensibilità e un po' di mobilità è evidente che la lesione è incompleta. Più difficile a giudicare sono i casi nei quali non ricompaiono che i riflessi.

Dalla ricomparsa precoce di alcuni riflessi si è alcune volte arguito che la lesione fosse incompleta e sono state eseguite operazioni non seguite da successo; in altri casi invece il mutamento riguardante i riflessi è stato il primo verace indirizzo di una lesione solo parziale che ha trovato beneficio nell'intervento.

La difficoltà nel riconoscere i punti differenziali tra lesioni complete e incomplete e la tendenza che alcuni hanno avuto a operare anche in quei casi nei quali il midollo era distrutto per uno o più segmenti e perciò la prognosi era disperata hanno portato discredito in questo ramo della chirurgia. È stato merito del Riddoch di aver portato luce in questo oscuro campo diagnostico studiando una numerosa serie di feriti del midollo spinale. Le sue conclusioni sembrano così importanti che in questo tratto seguiremo quanto egli ha potuto stabilire.

Il quadro clinico della lesione trasversa completa del midollo spinale presenta, secondo Riddoch, tre gradi o periodi.

Nel primo periodo domina la flaccidità. Durante esso la differenziazione tra una sezione completa e una incompleta del midollo spinale è impossibile. Tutti i muscoli al di sotto della lesione sono paralitici, il tono muscolare, la sensibilità in tutte le sue forme e i riflessi sono aboliti.

Unica eccezione alla universale atonia dei muscoli è fornita dallo stato degli sfinteri della vescica e del retto i quali possono trovarsi in contrazione tonica. La ragione di questo singolare comportamento è forse dovuta al fatto che tali muscoli restano sotto il controllo del simpatico.

Nel secondo periodo si ristabiliscono alcuni riflessi e la diagnosi differenziale può essere fatta perchè nei casi di lesione completa i riflessi sono diversi da quelli che si osservano nei casi di lesione incompleta.

Dopo un periodo variabile da una a tre settimane, se la lesione è completa, v'è una graduale ricomparsa dei riflessi in forma di riflessi fiessori. Essi a principio sono solo ecci-

tati da stimoli nocivi della pelle e dei tessuti profondi; poi bastano a provocarli i più lievi contatti: per es. quelli ai quali i pazienti sono esposti nel riassettare il letto. Nello stesso tempo l'area reflessogena cresce, così che in breve lo stimolo di ogni porzione di pelle e specialmente di quella situata sopra al livello della lesione induce il riflesso.

Il riflesso flessorio consiste in una flessione dorsale delle dita dei piedi e del piede stesso, in una flessione del ginocchio e dell'anca. Più tardi possono ricomparire il riflesso achilleo e il rotuleo; essi però mostrano un rapido esaurirsi delle contrazioni degli estensori. Qualche volta si ha il clono del piede e un involontario spasmo flessorio delle gambe; torna un po' di tono muscolare e si stabilisce un certo automatismo nelle funzioni della vescica e del retto.

La comparsa di tali modificazioni ha più volte alimentato l'illusione che la lesione non fosse completa o che l'operazione eventualmente eseguita avesse recato un qualche giovamento.

Se la divisione fisiologica del midollo è incompleta, quando ancora persiste la paralisi di ogni movimento volontario e della sensibilità, ben diverso è il comportameno dei riflessi.

Le contrazioni di flessione appaiono più lievi e sono dominate da quelle di estensione. L'effetto motorio riflesso si manifesta con un'estensione della gamba sul ginocchio; qualche volta si osserva che la gamba stimolata si estende, mentre l'altra si flette con un movimento disfasico; ma il riflesso tende generalmente a rimanere localizzato e i muscoli addominali non sono mai interessati.

L'area del riflesso di flessione resta limitata alla periferia e al di sopra di essa gli stimoli nociceptivi hanno un effetto estensorio. Il riflesso rotuleo è presente e ben accentuato; flettendo dorsalmente il piede si ha una netta risposta consistente in una scossa estensoria.

Il terzo periodo è indotto dalla accidentale comparsa di complicazioni settiche. Il suo inizio può esser ritardato per molto tempo, se i pazienti possono essere assistiti con molta cura, ma difficile è evitarlo e spesso rappresenta lo stadio terminale. Quando compaiono complicazioni bronco-polmonari, se i decubiti si infettano o se l'infezione della vescica prende carattere ascendente, l'aggravamento dello stato generale influisce sinistramente anche sullo stato della tonicità muscolare e sui riflessi. L'attività dei riflessi diminuisce fino a scomparire e gli arti possono passare di nuovo nello stadio di flaccidità dal quale tornano alle condizioni primitive se la sepsi migliora.

DETERMINAZIONE DELLA NATURA DELLA LESIONE.

Molto importante sarebbe poter distinguere fin dai primi giorni dopo un trauma se i disturbi presentati dal paziente siano dovuti a una contusione o a una compressione; ma disgraziatamente non possediamo alcun segno differenziale sicuro. Essendo che il midollo offre una resistenza minima mentre resistentissimi sono ordinariamente i corpi che lo ledono e molto grandi le forze traumatizzanti, si deve supporre che molto spesso il midollo resti contuso o ferito; soffra cioè una lesione improvvisa e irreparabile.

Conformemente a questa supposizione le lesioni di guerra hanno fatto fare la scoraggiante constatazione che, se un frammento metallico o osseo aveva raggiunto il midollo, questo almeno nel tratto toccato era rimasto quasi completamente distrutto. Spesso, anche se la dura era rimasta illesa, il midollo per un'estensione maggiore o minore era trasformato in poltiglia.

Le compressioni, le lesioni cioè che sono curabili chirurgicamente, sembrano verificarsi di raro. Tuttavia, siccome sono possibili, quando esistano le condizioni cliniche perchè una compressione esista non è lecito escluderne la possibilità.

Tali condizioni sono quelle rappresentate da una lesione incompleta del midollo.

I casi nei quali a livello del tratto leso incompletamente si possa dimostrare una scheggia ossea o metallica o anche una frattura vertebrale chiusa sono quelli che maggiormente suggeriscono l'intervento. Nel caso che alcuna di queste dimostrazioni non sia evidente può anche essere che cagione della compressione sia un ematoma. Ma per riconoscere gli ematomi extradurali non abbiamo alcun segno. Al contrario le emorragie intradurali si lasciano riconoscere per il forte contenuto di sangue nel liquido cefalorachidiano ottenuto con la puntura lombare, per le intense parestesie, per l'aumento del tono muscolare e dei riflessi.

Mentre i detti fenomeni irritativi predominano nella sintomatologia delle emorragie intradurali, nelle ematomielie predominano i fenomeni paralitici. Le emorragie midollari si possono avere anche dopo traumi lievi, come per es. dopo una semplice iperflessione del rachide e senza che siano avvenute fratture. Si comprende quindi come frequenti debbano essere dopo traumi gravi e come sia importante il riconoscerle.

Esse sono frequenti nel midollo lombare e specialmente nel midollo cervicale dove danno origine alla caratteristica diplegia brachiale. Come nelle siringomielie, nelle ematomielie i disturbi di senso sono caratterizzati dalla prevalente lesione della sensibilità per il dolore e per le temperature.

Le pachimeningiti, le meningiti sierose, i calli ossei esuberanti sono le ordinarie cagioni delle compressioni midollari post-traumatiche. Ma esse compaiono tardivamente e danno origine a un peggioramento in soggetti nei quali erano già scomparsi i fenomeni dovuti allo shock e quelli dovuti all'edema.

Se dunque in pazienti che già avevano ottenuto un miglioramento, dopo settimane, mesi o anni dal trauma compaiano un aumento dei difetti motori o un aggravamento dello stato dei riflessi, è molto ragionevole pensare a una delle predette possibilità patologiche. La comparsa di dolori radicolari conforterà la diagnosi e il reperto radiologico dirà se la cagione comprimente sia un callo osseo.

EVOLUZIONE DEI CASI.

I pazienti che nel primo e nel secondo periodo abbiano presentato segni di lesione completa vanno fatalmente incontro a complicazioni alle quali prima o poi soccombono.

Un certo numero di pazienti passa attraverso lo stadio di flaccidità e nello stadio della attività riflessa può successivamente mostrare che la lesione midollare è incompleta. Questi pazienti, anche senza essere sottoposti a operazioni, fanno sicuri progressi verso il miglioramento e il periodo durante il quale il miglioramento si protrae può essere di uno o due anni. Poi o il miglioramento si arresta e il grado di funzione riacquistato si stabilizza oppure si presenta un peggioramento. Questo, come numerosi reperti operatorî hanno mostrato, è dovuto alla *meningitis serosa*. L'esistenza di questa complicazione può esser riconosciuta dalla natura dei sintomi. Compaiono dolori radicolari e l'area da essi interessata cresce diffondendosi in alto fino a interessare cinque o sei segmenti. Contemporaneamente v'è un netto aumento della spasticità o flessoria o estensoria e una diminuzione del controllo volontario dei movimenti. Gli sfinteri tuttavia saranno raramente affetti, così che, se il controllo sfinterico è stato una volta riacquistato, esso non andrà più perduto. Eccezione a questa regola formano solo quei casi nei quali, essendo affette dalle alterazioni meningitiche le più basse radici sensitive, la perdita delle sensazioni vescicali e rettali può determinare una vera incontinenza.

INDICAZIONI OPERATORIE.

Prima di eseguire ogni operazione, occorre veder chiaro il vantaggio che il paziente ne potrà avere in quanto che è evidente come inutile sarebbe asportare un proiettile asettico se il midollo fosse completamente diviso. Tuttavia una rivista dei casi pubblicati mostra che questi criteri non sono stati sempre seguiti e che molti pazienti sono stati sottoposti ad interventi quando la possibilità del miglioramento non esisteva.

Anche prima che l'esperienza della guerra avesse aumentato le nostre conoscenze molti chirurghi avevano dubitato dell'efficacia dell'operazione in alcuni casi. Si era passati attraverso uno stadio nel quale le opinioni erano discordi; alcuni, tra i quali Horsley, consigliavano l'operazione precoce e credettero che anche nei casi dubbi si dovesse intervenire, se non altro a scopo esplorativo. Al contrario altri seguivano un indirizzo più conservativo. Per es. il Neuhof consigliava l'intervento solo quando v'era certezza di progressiva emorragia intradurale dimostrata da ripetute punture oppure quando i raggi X dimostravano con certezza che un frammento osseo ledeva il midollo nel tratto indicato dalla sintomatologia clinica.

La maggior parte dei chirurghi, tra i quali Elsberg, adottano ora una condotta intermedia poichè, mentre negano l'utilità dell'intervento precoce sistematico, pensano che esso sia indicato se la sintomatologia indichi una lesione non completa del midollo.

Lo studio delle alterazioni patologiche però indica che, almeno negli stadi precoci, la lesione non è praticamente mai dovuta a compressione. Tanto nei casi del tempo di pace, come in quelli del tempo di guerra, qualunque lesione si sia prodotta, essa si è stabilita al momento del trauma ed è dovuta alla forza del momento traumatico. Ogni aumento della lesione midollare, se appare entro un breve periodo, è con ogni probabilità dovuto solo a infiammazioni secondarie all'infezione della ferita; gli effetti dannosi dovuti alla irritazione prodotta dai corpi estranei — metallici o ossei — non si manifestano che dopo un prolungato intervallo.

Da queste considerazioni emerge che l'indicazione a rimuovere immediatamente le schegge metalliche o ossee depresse non esiste. Per quanto precoce possa essere l'asportazione, essa avverrà sempre dopo che si è prodotto tutto il danno che le scheggie potevano produrre e la loro asportazione, mentre non gioverà a migliorare le condizioni del midollo, deprimerà ancor più la già depressa vitalità del paziente.

Diverse sono le condizioni se, sorpassato il periodo dello shock, appaia che il midollo non sia completamente leso. Allora, se esistano scheggie le quali possano successivamente dar origine a lesioni secondarie, l'estrazione delle scheggie è imperativa e logico appare come in tali casi l'intervento debba esser ritardato il meno possibile. Il punto più importante nello stabilire l'indicazione dell'intervento è perciò la diagnosi differenziale tra lesione completa e incompleta e a questo riguardo le osservazioni di Riddoch sono preziose.

Mentre vale il canone che nessuna operazione debba essere eseguita prima che siano divenuti evidenti i segni di lesione incompleta, una sola eccezione sembrerebbe che dovesse esser fatta: intervenire precocemente non per curare la pressione del midollo, ma per trattare la ferita come una qualunque altra ferita nella quale si vuol prevenire l'insorgenza di complicazioni settiche. Tale trattamento, secondo le regole odierne, comprende l'escissione del tramite della ferita e l'asportazione dei corpi estranei. In tal caso l'asportazione delle scheggie fa parte della profilassi asettica e è tuttavia il trattamento decompressivo; essa certo appare conseguente ai principî che informano il trattamento generale delle ferite. Ma tuttavia gli interventi eseguiti seguendo tale indicazione non hanno dato più felici risultati. La ragione è che le lesioni del midollo deprimono in modo particolare la vitalità dei pazienti, così che questi nel primo periodo non possono tollerare che molto lievi interventi. Nei periodi lontani dal trauma i problemi che si presentano sono semplici. Se tardivamente si sviluppano dei sintomi, essi sono dovuti a raccolte di essudati o a retrazioni cicatriziali o a formazioni callose. Essi sono dovuti alla pressione e l'intervento, che deve essere eseguito senza ritardo, li migliora.

Perfino nei casi di lesione completa certa può esser indicato un intervento tardivo. Ma allora l'indicazione deve esser data da complicazioni (meningiti croniche) che si manifestano con dolori radicolari gravi i quali giustifichino un intervento palliativo (sezione delle radici).

Le suture del midollo e i trapianti, come era da attendere, non hanno dato successi e hanno al più conseguito quei mutamenti dei riflessi che abbiamo veduto poter avvenire anche nei casi di lesione completa abbandonati alla loro sorte.

TECNICA OPERATORIA.

L'operazione che permette di mettere in evidenza il midollo è l'apertura del canale rachideo dal di dietro mediante asportazione di solito definitiva di alcune lamine (laminectomia).

L'anestesia merita una particolare considerazione perchè deve venire eseguita su pazienti che vengono messi in una posizione disagevole tanto per la respirazione come per l'espettorazione, così che l'anestesia generale presenta un pericolo tutto speciale. Particolare considerazione merita anche la posizione da dare al paziente, la quale se sarà quella sul ventre deve essere ottenuta lasciando l'addome libero da pressione, affinchè non resti ostacolato il respiro (che in tale posizione è quasi completamente addominale). Per tale riguardo più vantaggiosa della posizione del ventre è quella sul fianco; essa offre anche il vantaggio di consentire una maggiore visibilità in quanto che il sangue può defluire dalla ferita senza ristagnare in essa come avviene quando, essendo il paziente a giacere sul ventre, la ferita tende a formare una pozza.

Buona visibilità e condizioni favorevoli per il respiro e per il deflusso del sangue dalla ferita sono date anche dalla posizione seduta col tronco inclinato in avanti (paziente a cavalcioni su una sedia con le braccia e il capo appoggiati sulla spalliera della sedia stessa); ma in tale posizione, nella quale possono restare facilmente solo i soggetti operati in anestesia locale, è pericolosa l'apertura della dura madre in quanto che è favorita l'uscita del liquido cefalo-rachidiano. Si ha cioè una condizione contraria a quella che si cerca di ottenere quando, nel momento di aprire la dura madre, per limitare l'uscita del liquido, si inclina il paziente sollevando il bacino.

Essendo che la narcosi per inalazione presenta particolari rischi, alcuni chirurghi hanno trovato preferibile operare le laminectomie sotto narcosi rettale e ne hanno avuto esperienza favorevole; altri hanno messo la detta operazione tra quelle nelle quali è indicata la narcosi per insufflazione intratracheale. Questa infatti, sospendendo i movimenti respiratori, abolisce il pericolo della inalazione di liquidi e lascia la più ampia libertà di scelta per la posizione dei pazienti.

Il più innocuo modo di anestesia per laminectomie è l'anestesia locale. Essa infatti ha trovato negli ultimi anni largo impiego e si è dimostrata soddisfacente anche perchè l'adrenalina, che di solito viene aggiunta alla sostanza anestetizzante, diminuisce sensibilmente l'emorragia.

Un'ampia esposizione della regione lesa è necessaria. L'incisione può essere mediana o a lembo; quella mediana ha il vantaggio di

condurre sul canale rachideo speditamente e con minor perdita di sangue: essa sarà perciò preferita a meno che la linea mediana non debba essere evitata per una ragione particolare. Supponiamo per es. che sulla linea mediana esista una ferita che dati già da alcuni giorni, che non presenti segni di flogosi evidenti, ma che tuttavia non possa esser ritenuta del tutto asettica. Allora sarà opportuno raggiungere il midollo percorrendo con un lembo una via sterile da richiudere poi tutta; mentre per evitare complicazioni un piccolo drenaggio potrà essere applicato attraverso il tramite della ferita sulla cui sterilità si hanno dei dubbi. Questa condotta è naturalmente molto diversa da quella che è norma seguire nella cura delle ferite recenti inquinate nelle quali si hanno in mira non tanto le indicazioni neurologiche quanto quelle della sterilizzazione della ferita.

Alle incisioni mediane si è rimproverato di indebolire le condizioni statiche della colonna in quanto che non consentirebbero che laminectomie non osteoplastiche. Ma in realtà tale rimprovero, che si trova espresso anche in recenti trattati, appare ingiusto in quanto che come il prof. Alessandri (1) ha eseguito per primo e ha poi adottato come metodo normale, si può da una incisione mediana operare il denudamento dei processi spinosi su un solo lato e poi troncarli alla base lasciandoli aderenti su tutto l'altro lato a uno dei labbri della ferita. La ferita dopo ciò viene divaricata e l'operazione viene continuata nel modo solito, senza impedimento alcuno. Alla fine dell'operazione, in corrispondenza della faccia posteriore del canale rachideo aperto, vengono a trovarsi i processi spinosi i quali conferiscono saldezza alla cicatrice.

Il pregio di tale processo appare grande se si considera che i vantaggi osteoplastici che esso consente si ottengono con una operazione che è forse più semplice di una laminectomia comune e che gli altri processi osteoplastici (Urban, Cavicchia, Roncali, Röpke) o richiedono l'esecuzione di grandi lembi e quindi aumentano sensibilmente il trauma e l'emorragia oppure obbligano a una considerevole limitazione di spazio.

Il numero dei processi spinosi da rimuovere è variabile da caso a caso; in genere però per poter eseguire una laminectomia occorre aver rimosso almeno tre, talvolta anche cinque o sei processi spinosi.

(1) Quasi contemporaneamente e indipendentemente dal prof. Alessandri lo stesso processo è stato usato dal prof. Marino-Zuco.

Le lamine verranno asportate o con la pinza sgorbia a piccoli pezzi o intere sezionandole sui lati con tenaglie ossivore o con seghe. Il modo dipenderà dalle personali preferenze; ma ciò che va ricordato come regola è che la demolizione delle lamine va cominciata in un punto che non corrisponda alla sede della lesione affinchè certo sia che la sottostante dura non aderisca allo scheletro e quindi possa sfuggire a lesioni accidentali.

L'emorragia che si ha è talvolta considerevole e richiede l'impiego di tamponi, di speciali ingredienti (cera sterile, scalpello di Passow, uncini di Krause, ecc.), qualche volta di mezzi emostatici chimici. Tra i mezzi più spediti e più pratici per ottenere l'emostasi è quello di applicare sulla parete sanguinante un pezzo di muscolo prelevato dalle parti vicine.

Aperto il canale rachideo e ottenuta l'emostasi, gli atti da compiere variano secondo la qualità del trauma e le condizioni del reperto. In genere si può dire che debbono essere asportati i proiettili e le scheggie ossee, che debbono essere vuotati gli ematomi, fatte scomparire le sporgenze ossee pericolose di ledere il midollo. In questo controllo non basta limitarsi alle parti posteriori e laterali del canale rachideo; se è necessario occorre anche esaminare e trattare le parti anteriori, eventualmente dopo aver sezionato alcune radici per spostare il midollo.

Nelle lussazioni (si tratta ordinariamente di vertebre cervicali), che spesso sono complicate da fratture, occorre ridurre la dislocazione e mantenere la riduzione ottenuta. A questo scopo Hadra propose di rendere solidali le vertebre tra loro legando metallicamente i processi spinosi; allo stesso scopo possono servire anche legature tra gli archi o tra i processi trasversi oppure legature degli archi e dei processi spinosi, come propose Chipault per impedire la formazione di una cifosi tardiva dopo fratture da compressione dei corpi vertebrali. Come si vede, lo scopo di rinforzare la colonna vertebrale in determinati casi è stato riconosciuto necessario e tenuto in mira da più chirurghi: esso si può dire completamente raggiunto col processo di De Quervain il quale, indipendentemente da Albee e quasi contemporaneamente a lui, eseguì un'operazione simile a quella eseguita dal chirurgo americano per la cura della spondilite tubercolare, che consiste nell'interporre tra i processi spinosi divisi una stecca ossea prelevata dalla spina della scapola.

Se la dura debba o non essere aperta dipenderà dal reperto. Se apparirà anormale, se

sarà ispessita o non mostrerà pulsazioni è chiaro che deve essere aperta; ma se si sarà trovata una alterazione completamente extradurale e la dura apparirà normale logico sembrerebbe non aprirla. Però la pratica di guerra ha insegnato che, anche a dura integra, può esistere una grave lesione del midollo sottostante. In tali casi poco si potrà fare di utile, ma poichè, se si ha la certezza che l'operazione possa riuscire del tutto asettica, l'apertura della dura non è pericolosa, bene sarà aprirla ed esplorare direttamente il midollo.

All'apertura della dura fa seguito un'abbondante fuoriuscita di liquido e quindi un disturbo circolatorio che può aver conseguenze gravi sulla pressione sanguigna e sulla frequenza del polso. Consigliabile è perciò di ridurre al minimo la perdita del liquido o di regolarla in modo che l'uscita di esso non avvenga bruscamente. Fu per tale motivo consigliato di circondare con dei fili elastici (Sick) il sacco durale al di sopra e al di sotto del tratto sul quale si opera e di stringerli, senza comprimere il midollo, tanto da limitare la permeabilità dello spazio sottoaracnoidale. Ma tale manovra non va disgiunta da qualche pericolo e perciò più pratico si è trovato far semplicemente comprimere con un dito il sacco durale al di sopra del tratto ove la dura dovrà essere incisa. Un altro artificio utile a limitare la perdita di liquido è il dare al paziente una posizione inclinata elevando il bacino al di sopra del piano ove si trova il capo.

Aperta la dura si darà talora esito a un materiale cremoso che dimostra come il midollo sia irreparabilmente perduto; però l'allontanamento del materiale necrotico non potrà che esser di vantaggio al midollo restato sano. Per i casi nei quali il midollo si trovasse ferito o completamente diviso fu consigliata (Chipault) la riunione con punti di situazione piali. Ma tali tentativi, già per premesse teoriche non hanno probabilità di successo. Tuttavia fu pubblicato un caso (Stewart e Harte) nel quale, in una ragazza tre ore dopo una ferita da arma da fuoco del midollo all'altezza della VII^a vertebra toracica, fu fatta una laminectomia che mise in evidenza una divisione completa del midollo con una diastasi di tre quarti di pollice tra i monconi. Fu estirpato il proiettile che si trovava in mezzo ad essi e, dopo accurata pulizia del campo operatorio, fu eseguita una sutura del midollo con punti di catgut. Dopo un certo tempo fu osservato un sensibile miglioramento.

Questo racconto straordinario ha stimolato parecchi a tentare la sorte della sutura midollare; ma i risultati sono stati conformi alle previsioni, anzi si è dimostrato che la sutura del midollo presenta anche tecnicamente una estrema difficoltà tecnica a cagione della debolissima resistenza della sua struttura e di quelle che lo circondano.

Una tumefazione bluastra del midollo indicherà la presenza di un'emorragia intramidollare. In tal caso una piccola incisione a livello della commissura posteriore riesce a evacuare il sangue raccolto (Allen).

Infine se la dura si trovasse ferita per effetto del trauma occorrerà ricercare nel midollo gli eventuali proiettili o pezzi di osso ed estrarli.

Se l'operazione è stata eseguita per migliorare i dolori radicolari, si deve porre cura a sezionare un sufficiente numero di radici. Ciò è specialmente necessario nei casi di *meningitis circumscripta* i quali talora hanno richiesto la sezione di cinque o sei radici.

Terminato l'intervento sul midollo, la dura deve esser suturata accuratamente eccetto il caso delle meningiti sierose nelle quali il lasciar aperta la dura può aver l'utile effetto di drenare il liquido verso i muscoli.

In ogni caso, e specialmente se la dura fu lasciata aperta, i muscoli debbono essere accuratamente cuciti in più strati allo scopo di evitare ogni raccolta sottocutanea di liquido cerebrospinale il quale ha un'azione dissolvente e espone al pericolo della apertura spontanea della ferita e all'infezione secondaria dall'esterno.

Per evitare il pericolo delle infezioni secondarie, che sono estremamente pericolose, i drenaggi debbono essere evitati in tutti quei casi nei quali la ferita non sia già gravemente infetta almomento dell'operazione.

Prima di chiudere questi cenni sulla terapia chirurgica dei pazienti affetti da lesioni traumatiche del midollo sia infine ricordato che Wilms per rendere più sopportabili le condizioni dei paraplegici inguaribili ha proposto di amputare le coscie e di eseguire una bottoniera uretro-perineale o di spostare l'asta verso il perineo. Il trattamento è perfettamente logico in quanto che l'inerte peso degli arti inferiori ostacolando i movimenti favorisce la formazione dei decubiti e il facilitare il deflusso dell'orina ne previene il ristagno e le complicazioni settiche; ma la mutilazione è così grave che difficilmente potrà trovare pazienti che vogliano sopportarla e chirurghi per eseguirla.

TRATTAMENTO POSTOPERATORIO.

Gli operati vengono di solito messi a giacere in decubito dorsale. La pressione che in tal modo viene esercitata sulla ferita certo nelle prime ore giova a ridurre la formazione di ematomi; ma trascorso un certo tempo il decubito dorsale non rappresenta una condizione favorevole perchè difficulta la sorveglianza della ferita e espone la pelle del dorso alla formazione di eczemi e quindi alla infezione della ferita.

Per evitare questi inconvenienti De Quervain usa far giacere gli operati permanentemente sul ventre, come Rollier usa fare largamente a Leysin con i pazienti di spondilite tubercolare che tratta con la luce solare. La posizione ventrale permanente è tollerabile senza inconvenienti e ha il vantaggio di sottrarre la pelle del dorso alla pressione e all'umidità così che la ferita si troverà in condizioni migliori; ma il vantaggio forse più grande che tale posizione offre è di liberare da ogni pressione la regione del sacro tanto frequentemente ulcerata da decubiti.

Tanto se i pazienti si lascino giacere sul dorso come sul ventre, dopo le laminectomie dorsali o lombari non è necessario applicare lettiere o busti gessati e aparecchi di tiraggio; solo dopo laminectomie cervicali sarà bene applicare per qualche settimana un'ansa di Glisson prima e una cravatta gessata poi.

La degenza a letto dovrà durare nei casi più lievi due settimane almeno; nei casi gravi quattro o sei settimane. Ordinariamente però in tali casi le paralisi esistenti obbligano a una degenza molto più lunga.

Si è spesso osservato subito dopo le operazioni un sensibile peggioramento delle paralisi. Senza dubbio esso è dovuto in parte alle manipolazioni esercitate sul midollo o sulle radici; in parte però può anche dipendere da un aumento della secrezione del liquido o da versamenti di sangue nella regione operata. Se dopo uno o due giorni il peggioramento non scompare o non mostra segni evidenti di regresso, la prognosi di essi diviene riservata poichè verosimilmente ne è cagione un qualche rammollimento della sostanza nervosa.

Lievi elevazioni di temperatura senza causa nota sono molto frequenti nei primi giorni dopo l'operazione. Esse però non debbono destare preoccupazione almeno fino a che siano scompagnate da segni meningei e anche se questi compaiano non si può parlare di un'infezione meningea o almeno non si deve considerare lo stato come conseguenza di una meningite pericolosa. Infatti la maggior parte delle volte i disturbi cessano spontaneamente. Essi sono stati da alcuni attribuiti a una irritazione asettica delle meningi prodotta da versamenti di sangue. Conformemente a queste conoscenze non si deve ai primi segni meningei riaprire la ferita. La riapertura della ferita porterebbe quasi fatalmente a una fistola meningea con perdita di ingenti quantità di liquido cerebrospinale.

La fistola meningea, che può comparire anche spontaneamente, è una delle più pericolose complicazioni. La genesi spontanea è forse dovuta al fatto che l'operazione dà origine a una ipersecrezione e quindi a un aumento di pressione del liquido rispetto alla quale la sutura delle meningi non è più ermetica.

Spesso anche dopo le suture più accurate (a me pare che come tali debbano essere considerate le suture continue in seta molto fina) si forma tra i muscoli una raccolta di liquido. Se questa dopo alcuni giorni non si è riassorbita, prima che si svuoti attraverso la ferita, bene è evacuarla con una puntura fatta molto obliquamente da un lato.

Qualche volta attraverso i tramiti dei punti profondi filtra per un pc' di tempo del liquido, ma queste condizioni non sono ancora la vera fistola menigea, cioè la comunicazione libera dello spazio sottoaracnoidale con l'esterno. In tal caso le quantità di liquido che si versano sono grandi e il pericolo dell'infezione, come s'intende, sovrasta di continuo. Tuttavia dopo una, due o più settimane la fistola può chiudersi senz'altra cura che il frequente rinnovare della medicatura sterile. Un altro importante fattore di guarigione è la posizione sul ventre; mediante la quale si sposta in alto l'orificio esterno della fistola così che l'uscita del liquido non sia più favorita dalla gravità, ma resti possibile solo per effetto della pressione di secrezione.

Secondo Krause basta la perdita di forti quantità di liquido per produrre gravi sintomi: collasso, febbre, cefalea, nausee; d'altra parte si è veduto che, se improvvisamente si arresta la secrezione di una fistola compaiono gravi sintomi di compressione midollare e segni di meningite cerebrale, disturbi che subito cessano se la fistola si riapre e non ricompaiono più se in fine a poco a poco la fistola si chiude.

NOTE POLEMICHE.

OSPEDALE CIVILE DI BOZZOLO (MANTOVA).

Per una critica al mio « Nuovo metodo di chiusura plastica del canale crurale ».

Nota del dott. ANTONIO INDELLI, chir. primario.

Sono dolente di rilevare in ritardo dalla *Riforma Medica* n. 26, del 25 giugno u. d. una nota preventiva del dottor Silvestro Bile dell'Istituto di Anatomia Normale presso la Regia Università di Napoli, nella qual nota il predetto dott. Bile esponendo a sua volta un metodo proprio di cura plastica di ernia crurale coglie il destro per criticare il metodo mio, il quale ha avuto l'onore di essere pubblicato in uno dei più importanti e diffusi periodici nostri: *Il Policlinico*, Sezione Chirurgica, fascicolo 4° del mese di aprile di questo stesso anno.

Orbene non a scopo polemico verso un egregio collega, mio competitore su di uno studio già da me presentato per la chiusura plastica dell'ernia crurale, ma per ribattere le obbiezioni che egli mi fa a maggior sostegno di un metodo da lui proposto apparentemente più geniale e più semplice del mio, sono costretto a scendere in questo campo obbiettivo di discussione scientifica con lui, per ribadire nuovamente le argomentazioni oggetto del mio lavoro ed opporre, in una parola, la mia critica alla sua critica, non del tutto serena invero.

***

Due sono gli appunti principali che il dottor Bile mi fa, e sui quali sono costretto ad indugiarmi alquanto.

Il primo verte sulla dubbia possibilità di procedere alla *lateralizzazione* del lembo superficiale ricavato dall'arcata di Falloppio con la plica di Allan-Burs, seguendo il mio metodo.

Il secondo, più grave, caratterizzato dal pericolo di includere gli elementi del cordone spermatico, nella sutura del lembo profondo col sottostante piano pettineo, nella chiusura dell'anello crurale.

Rispondo semplicemente:

Primo: che la distanza di due centimetri e mezzo proclamata e ricordata dal collega (non senza mal celata ironia) nei rapporti del margine dell'arcata di Falloppio con la plica di Allan-Burs può essere facilmente superata. Lo provi e si convincerà il collega Bile.

La ragione d'altra parte è abbastanza ovvia solo se il collega Bile riflette alla differenza di distanza guadagnata dall'altezza del lembo prelevato e alla possibilità di stiramento per l'elasticità del tessuto in parola.

Ma comunque, pur prescindendo da questa considerazione che, cioè, non ho esposto come norma tassativa per l'esecuzione del mio metodo la suesposta incriminata sutura (appunto perchè può venire meno per circostanze speciali anatomiche offerte dal soggetto operando), mi preme solo di mettere in rilievo ciò che dissi nel mio precedente lavoro: che la plastica, cioè, di detto lembo col piano sottostante ha una importanza secondaria, rispetto alla chiusura dello anello crurale (la vera porta erniaria, noti bene il dott. Bile) ottenuta nel modo da me suggerito.

Secondo: Circa il pericolo che il metodo mio presenta di ferire od includere nella sutura gli elementi del cordone anche se trattato da mani esperte, mi pare che l'appunto non sia giustificato. Anzitutto nell'incisione della volta dell'arcata la finestra d'apertura s'inizia al lato esterno e lontano dal funicolo: la sonda scannellata, poi, protegge il resto del taglio dissettore dai tessuti sottostanti.

Che se poi si pensi al pericolo di includere nella sutura elementi del cordone non posso fare a meno di rispondere che ci vuole tutta la volontà cosciente di chi opera per compiere siffatto errore. Giacchè una volta disseccato il lembo profondo, questo potrà essere facilmente distinto dal tessuto celluloso contenente gli elementi del funicolo.

Infine la sutura parte dal margine inferiore di questo lembo ripiegato in basso e messo in luce con opportuno stiramento in alto dell'arcata o, magari, previa sua mobilizzazione, al pube e non v'è pericolo di ferire il cordone che sta in alto in questo primo momento dell'atto operativo e che può essere trascinato in basso solo quando le anse vengono annodate.

Del resto l'atto operativo da me suggerito, ne convengo, è delicato e più complesso di fronte a quello offertoci dal dott. Bile; ma ha viceversa il vantaggio, secondo il mio debole parere, di fronte a quest'ultimo, di una maggior sicurezza e razionalità di tecnica, in quanto precisamente esso mira alla chiusura *completa* dell'anello crurale e termina l'operazione con la chiusura del canale omonimo.

Il dott. Bile, invece, in modo abbastanza disinvolto e sbrigativo, offre il metodo suo, che riassumo in queste poche linee generali.

Come il lettore può aver appreso, egli non si preoccupa affatto della chiusura dell'anello crurale.

Si limita solo a restringerlo con punti di sutura che abbracciano i legamenti di Gimbernat e di Cooper. Procede quindi alla chiusura della porta erniaria a mezzo di un lembo aponeurotico rettangolare prelevato dalla fascia del grande obliquo e ribattuto in basso a livello del margine dell'arcata.

Sutura quindi il margine libero di questo lembo ribattuto con punti staccati comprendenti in massa aponeurosi, muscolo e periostio (nientemeno !) della regione pettinea. Rinforza (?) poi in via accessoria questo diaframma fibroso con un turacciolo aponeurotico prelevato dal connettivo ambiente ed ha così ultimato in modo semplice la genialità del suo atto operativo principale, completando la plastica, a livello dello sportello prelevato, sull'aponeurosi del grande obliquo.

Ebbene, secondo il mio modestissimo parere, io oserei affermare che la semplicità dell'atto operativo da lui esposto va a discapito della correttezza e proprietà di tecnica in quanto appunto anzichè rimuovere un pericolo per la recidiva di un'ernia crurale ne crea un altro e ben più grave.

Dalle mediocri mie reminiscenze anatomiche e rimarcatemi dall'egregio collega nella sua nota preventiva, mi consterebbe che il piano dell'anello crurale non si trova sullo stesso passante per il margine dell'arcata di Falloppio. E precisamente il primo scende a perpendicolo sul piano della branca orizzontale del pube, il secondo viceversa si discosta da quest'ultimo a seconda della sporgenza in fuori della spina iliaca anteriore e superiore.

V'è appunto un breve tragitto tra i piani surriferiti, nel quale, se male non m'appongo, (prego il collega Bile, al caso, di correggermi) è compresa parte del canale crurale.

Orbene quella benderella di tessuto fibroso prelevata dalla fascia del m. grande obliquo e ribattuta in basso a livello del margine dell'arcata e suturata al bordo inferiore dell'anello crurale non può che limitare uno spazio triangolare sia pur piccolo ma sempre vuoto, il quale per avere un orificio aperto (anello crurale non completamente chiuso secondo il metodo Bile) costituisce a mio modo di vedere una sacca pericolosa per la recidività di un'ernia in una regione anatomica predisposta.

La chiusura della porta erniaria così come propone il dott. Bile, si traduce, a mio modo di vedere, in ultima analisi, in una chiusura del solo canale crurale. Ed ecco perciò come il metodo di lui mi appare improprio e, chirurgicamente inteso, non corretto.

Vero è che in pratica il moncone di sacco escisso può servire alle volte come un turacciolo di chiusura dell'anello crurale.

È questo per altro il metodo semplice già proposto da Durando (1906) e che io consiglierei seguire a chi si proponesse di adottare il metodo Bile.

Ma esaminandolo senza alcun preconcetto e volendo dare una indicazione per la sua adozione, io non trovo ragione di preferirlo agli altri ben noti, quali quelli di Tricomi, Colzi, Bassani, ecc., che sono tutti per addossamento, e quindi più semplici e più propri, e che si prestano perciò per la quasi generalità dei casi. A meno che il dott. Bile creda che il metodo proposto da lui abbia le identiche indicazioni da me rilevate nel mio studio precedente. In tal caso io rispondo che mi affido al giudizio dei competenti perchè dichiarino senza riserve quali dei due recenti metodi di plastica proposti, il mio, cioè, o quello del dott. Bile, sia più razionale e perciò preferibile.

Tengo infine a dichiarare ch'io non ho voluto intestare il mio metodo con la qualifica di *cura radicale* appunto per la polimorfa tecnica da noi posseduta. Indice questa, di condizioni peculiari anatomiche, come ebbi occasione di ricordare, di una regione impervia, alle volte, ai metodi proposti dai singoli autori, più che essere esponente dell'audace bizzarria dagli stessi sperimentata per risolvere l'importante problema della cura dell'ernia crurale.

Il dott. Bile viceversa crede proprio che il suo metodo raggiunga questa soluzione in modo semplice e preferibile rispetto agli altri metodi noti. Questa è almeno l'impressione ch'io riporto leggendo il suo lavoro e la qualifica che egli dà.

Io, modestamente esprimendo il mio giudizio, oserei affermare che l'appellativo di radicale è in questo caso più che mai improprio, giacchè a mio modo di vedere e la genialità e la semplicità ostentata dall'autore surriferito non tolgono che il metodo da lui propugnato è ben lungi da raggiungere il fine proposto di chiudere in modo veramente *radicale* la porta erniaria nella regione anatomica in discussione. E ciò per le ragioni suesposte.

***

Nulla ho da aggiungere al momento. Solo mi credo in dovere di ringraziare il collega Bile per avermi fatto l'onore di citarmi nel suo studio e tartassarmi colla sua critica, offrendomi così il modo di ritornare sull'oggetto del modesto contributo da me portato nei riguardi della chiusura plastica del canale crurale con questa nuova nota illustrativa.

Bozzolo, settembre 1921.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

La surreflettività iperalgesica.

(J. BABINSKI e J. JARKOWSKI. *Revue neurlog.*, maggio 1921).

Gli AA. riferiscono tre casi, con sindrome di Brown-Séquard, nei quali uno stimolo doloroso della pelle sulla zona di iperalgesia, dal lato del deficit motorio, provocava una o più contrazioni brusche dell'arto inferiore del lato opposto, accompagnate da una smorfia e da una brusca inspirazione rumorosa (una specie di grido) che sembravano indicare una sorpresa dolorosa. Il malato accusava poi una sensazione assai spiacevole: gli era impossibile impedire volontariamente il prodursi del fenomeno.

Gli AA. si chiedono se possa trattarsi di una reazione volontaria allo stimolo doloroso, come sembra indicare la mimica. Ma questa può essere totalmente involontaria, come dimostra il grido e la mimica di sofferenza consecutivi ad eccitazioni periferiche negli animali decerebrati (riflessi pseudo-affettivi di Sherrington).

Contro l'ipotesi della reazione volontaria sta l'affermazione del malato, e la controlateralità del riflesso (che è costante, anche nei casi con deficit motorio omolaterale minimo). Contro l'ipotesi che si tratti di riflessi di difesa o di automatismo midollare stanno i seguenti fatti:

a) i riflessi in questione sono legati all'iperalgesia: diminuita o scomparsa l'iperalgesia diminuiscono o scompaiono i descritti riflessi, mentre i riflessi di difesa seguono anche stimoli appena o affatto percepiti;

b) i riflessi di difesa sono contrazioni lente e durevoli, al contrario dei riflessi in questione;

c) in questi manca la flessione del piede, che è caratteristica dei riflessi di difesa;

d) i riflessi di difesa sono prevalentemente omolaterali.

I riflessi iperalgesici possono coesistere coi riflessi di difesa, e possono anche essere presenti in assenza di questi.

L'insieme dei fenomeni descritti, per la prima volta, dagli AA., ha avuto da questi il nome di surreflettività iperalgesica per indicarne le due caratteristiche, di consistere cioè in contrazioni brusche, e di esser legati all'iperalgesia. Mentre il centro dei riflessi di difesa è al disotto della lesione, il centro dei riflessi (se tali si considerano) iperalgesici è al disopra della lesione, forse nel cervello, con che si spiegano le smorfie, il grido, lo spasmo respiratorio, e la provocazione del riflesso nel territorio del trigemino, come accadeva in uno dei casi.

Nell'emiplegia da lesione cerebrale si possono osservare fenomeni analoghi. Gli AA. ritengono che la surreflettività iperalgesica è probabilmente l'esagerazione di una reflettività fisiologica. Nei casi descritti la controlateralità del riflesso può dipendere dalla emisezione midollare, che interrompe le vie motrici omolaterali e le vie sensitive controlaterali. Emettono l'ipotesi che, mentre i riflessi di difesa indicano un interessamento delle vie piramidali, la surreflettività iperalgesica possa indicare un interessamento delle vie sensitive. Ritengono, ad ogni modo, di aver dimostrato la esistenza di reazioni motrici intermedie tra le volontarie e quelle da automatismo midollare.

DORIA.

MEDICINA.

Condizioni di ereditarietà dell' ittero cronico ereditario emolitico.

(E. MEULENGRACHT. *Deutsch. Arch. f. Klin. Medic.*, n. 1, 1921).

L'eredità nel senso biologico è legata alle cellule sessuali. Le qualità ereditarie — patologiche o normali — esistono nelle cellule sessuali come disposizioni, che condizionano lo sviluppo delle determinate qualità. Queste disposizioni sono legate ai cromosomi nucleari delle cellule sessuali. Le cellule sessuali mature, spermatozoi ed ovuli (gameti) risultano da una serie di scissioni cellulari subìte dalle loro cellule genitrici. Nell'utima di queste scissioni (scissione di riduzione) ha luogo un processo, per cui ciascuna delle cellule sessuali viene a possedere soltanto la metà del numero di cromosomi specifico per la determinata specie animale. L'individuo è il risultato dell'unione dei gameti maschili e femminili (in tal modo il numero dei cromosomi ridiventa normale) ad una zigota, che possiede le disposizioni di tutti e due i genitori. Se tali disposizioni sono concordi rispetto ad una determinata qualità (normale o patologica) allora l'individuo è « omozigota » per tale qualità (*a-a*); se sono discordi, l'individuo è « eterozigota » per quella qualità (*a-b*). (N. B.: *a* è la disposizione positiva, *b* la disposizione negativa ad una qualità). Dunque l'individuo possiede rispetto ad ogni qualità una doppia disposizione, o della stessa specie (*a-a* oppure *b-b*) oppure di specie diversa (*a-b*). Questa doppia disposizione esiste in tutte le cellule dunque anche in quelle genitrici delle cellule sessuali: durante la « scissione di riduzione » la doppia disposizione viene scissa in tal modo, che ciascuna cellula sessuale che ne

risulta viene ad avere esclusivamente l'una o l'altra delle disposizioni (*a* oppure *b*). In seguito all'unione del gamete maschile con quello femminile, aventi ciascuno una sola disposizione, l'uovo fecondato viene ad avere anch'esso una doppia disposizione (*a-a* oppure *b-b*, oppure *a-b*): dall'accoppiamento di due individui ambedue concordemente omozigoti rispetto ad una determinata qualità (*a-a* ed *a-a*) risulteranno per l'unione delle cellule sessuali aventi un'unica concorde disposizione (*a* ed *a*) esclusivamente degli omozigoti *a-a;* dall'accoppiamento di due individui discordemente omozigoti (*a-a* e *b-b*) esclusivamente degli eterozigoti *a-b*. L'accoppiamento di due eterozigoti (*a-b* ed *a-b*) darà origine ad omozigoti (*a-a* e *b-b*) se si incontrano le due disposizioni concordi, ad eterozigoti (*a-b*) se si incontrano le disposizioni discordi dei genitori eterozigoti. Quali saranno i risultati per gli individui nati da tali accoppiamenti?

In quelli omozigoti *a-a* la determinata qualità si svilupperà sicuramente, in quelli omozigoti *b-b* sicuramente essa mancherà. Quelli eterozigoti (*a-b*) hanno una doppia e discorde disposizione: la disposizione *a* cerca di provocare la qualità, quella *b* di impedirla. Di solito non risultano vie di mezzo, ma o l'una o l'altra disposizione ottiene il sopravvento: la qualità che ne risulta è chiamata « dominante » mentre la qualità che soccombe è chiamata « recessiva ». Le malattie ereditarie, come le altre qualità ereditarie, si ereditano o secondo il tipo di qualità dominanti, o di qualità recessive.

Da quanto è stato detto si comprende come una malattia che si eredita come qualità dominante presenti le caratteristiche seguenti: essa si eredita da malato a malato, non può però mai essere trasmessa da un genitore sano, perchè esso non contiene in sè la disposizione necessaria. La malattia più non compare in quei rami famigliari, nei quali è una volta scomparsa. Le malattie che si ereditano come qualità recessive sono più insidiose. Non è possibile stabilire, come nel caso delle qualità dominanti se l'individuo sia « liberato » dalla malattia. Gli eterozigoti infatti appaiono sani ma portano in sè la disposizione recessiva in dose singola. Se tale eterozigota si accoppia con altro individuo che pure alberga in sè in dose singola la medesima qualità recessiva, la malattia può improvvisamente apparire in alcuni dei figli nati da tale unione. Perciò tutti i componenti di una famiglia nella quale esistono malattie recessive possono essere pericolosi.

Le qualità ereditate spesso non sono congenite; esiste la disposizione che più tardi farà apparire la qualità. Qualità ereditarie nuove che appaiono per la prima volta in una famiglia non si sviluppano gradualmente, bensì improvvisamente, in seguito ad una « mutazione ». La qualità un giorno appare e da quel momento diviene ereditaria. Per « mutazione » si intende un'alterazione delle cellule sessuali, probabilmente la perdita di certi elementi disponenti contenute in esse (mutazione da perdita). Esaminando secondo queste norme generali della dottrina dell'ereditarietà, la trasmissione dell'ittero ereditario emolitico, l'A. giunge alle seguenti conclusioni, con le riserve imposte dalla scarsità del materiale a disposizione:

L'ittero emolitico si eredita sempre da ammalato ad ammlato; i componenti della famiglia rimasti sani generano sempre dei figli sani: la malattia si eredita dunque come *qualità dominante*. La rarità della malattia fa sì che gli ammalati non nascano mai da matrimoni tra due ammalati, ma tra un individuo ammalato ed uno sano; gli ammalati di ittero ereditario emolitico sono perciò degli eterozigoti. L'ulteriore trasmissione avviene, accoppiandosi gli ammalati con individui sani (*a-b* e *b-b*), secondo la formula $a\text{-}b + bb = a\text{-}b,\ a\text{-}b,\ b\text{-}b,\ b\text{-}b;$ cioè il 50% dei figli saranno sani, il 50% ammalati (perchè eguale numero di possibilità per *a-b* e per *b-b*). Nelle famiglie studiate dall'autore egli potè osservare approssimativamente tale regola: la metà dei figli è sana e l'altra metà ammalata. È con ciò matematicamente dimostrato, che l'ittero fam. emolitico si eredita come qualità dominante. Esso non possiede alcuna delle particolarità di qualità recessive. Non sembra che l'ereditarietà ne sia legata al sesso. I casi isolati di ittero ereditario emolitico risultano da una mutazione e si trasmettono a circa la metà dei figli. Se questi ammalati non hanno che pochi figli (1 o 2) questi possono essere tutti sani e la malattia non diviene quindi famigliare. La mutazione ha luogo in una delle 2 cellule sessuali, dalla cui unione si origina l'individuo; esso è quindi eterozigota. Se la mutazione avvenisse nell'uovo già fecondato ne nascerebbe un ammalato omozigota; ciò non avviene per l'ittero ereditario emolitico, chè in tale caso da un simile ammalato nascerebbero dei figli tutti ammalati. La guarigione in seguito a splenectomia non toglie all'operato la proprietà di trasmettere ai discendenti l'ittero ereditario emolitico; tale proprietà è insita nelle cellule sessuali e non può venire influenzata da interventi terapeutici.

Concludendo, l'ittero ereditario emolitico si eredita come qualità dominante; una metà circa dei figli nati dagli ammalati sarà sana, l'altra metà sarà ammalata.

POLLITZER.

Sulla genesi dell' ittero.

(O. Lubarsh. *Berl. klin. Wochenschr.*, n. 18, 1921).

Dopo l'antica distinzione di Wirchow dell'ittero in epatogeno ed « ematogeno » sono state proposte delle altre divisioni, così da Eppingher quella di ittero epatogeno ed ittero extraepatico, da Hismaus v. Berg di ittero meccanico ed ittero dinamico; accettata da molti è la distinzione di ittero epatogeno ed ittero emolitico.

Queste divisioni sembra non debbano più reggersi da quando si è cercato di attribuire una grande importanza nel determinismo dell'ittero al cosiddetto « apparato reticolo-endoteliale » e tra gli elementi di tale apparato prevalentemente alle cellule stellate di Kupfer nel fegato. Non si può più parlare di un ittero epatico ed extraepatico, perchè le cellule di Kupfer si trovano nel fegato; va invece distinto un ittero « epatocellulare » e un ittero « anepatocellulare ». Nell'ittero anepatocellulare (ove realmente esso esista), i tessuti conterrebbero soltanto i pigmenti biliari, l'ittero sarebbe cioè « bilirubinemico », e non « colemico » come in quello epato-cellulare. Esiste l'ittero *anepatocellulare?* Alle considerazioni antiche che hanno indotto ad ammetterne l'esistenza si sono recentemente aggiunte le osservazioni sulla bilirubinemia fisiologica, e specialmente quelle sulla differenza tra la « bilirubina da stasi » e la « bilirubina funzionale »; la prima dà una diazoreazione diretta, la seconda la dà ritardata. Ashoff e i suoi scolari hanno attribuito la formazione della « bilirubina funzionale » all'« apparato reticolo-endoteliale ». Questo « apparato » è composto di cellule di origine prevalentemente mesenchimale, cellule che hanno la proprietà di assumere e di accumulare dei componenti organici. Tali cellule sono molto diffuse nell'organismo esse comprendono: le cellule reticolari e gli endoteli della milza, del midollo osseo e delle linfoglandole, le cellule stellate di Kupfer nel fegato, gli endoteli della corteccia soprarenale (esperimenti sull'accumulo del carminio). Ashoff ha raggruppato tutte queste cellule di organi diversi, sotto il nome di « apparato di ricambio reticolo-endoteliale ». Le cellule che hanno la proprietà di poter accumulare il carminio, il grasso, il ferro, ecc., si trovano disseminate in numerosi altri organi oltre a quelli nominati; in complesso l'« apparato reticolo-endoteliale » si può identificare coi macrofagi di Metchnikoff.

Allo stato odierno delle cognizioni, non è possibile affermare con sicurezza che entro le cellule dell'apparato reticolo-endoteliale venga elaborata la « bilirubina funzionale »; e non meno si conoscono i rapporti esistenti tra tale apparato e l'ittero « anepatocellulare ». Si deve invece ammettere che esistono dei casi di ittero determinato in special modo da una distruzione infettiva o tossica di eritrociti; notevole importanza spetta in questi casi alla milza, se non altro per quanto riguarda l'aumentata distruzione dei globuli rossi. Non si conosce il meccanismo, per cui l'aumentato sfacelo di eritrociti determina l'ittero; è probabile che in tutti i casi esista una certa compartecipazione delle cellule epatiche.

Per ora si deve distinguere l'ittero in epatocellulare e anepatocellulare; rimane da ricercare se quest'ultimo veramente esista.

Pollitzer.

PROCEDIMENTI TERAPEUTICI

Come vincere la disfagia nella tubercolosi laringea

(Maloens. *Le Scalpel. Revue Belge des Sciences médicales*, 74.e année, n. 39, septembre 1921).

La varietà dei medicamenti adoperati per attenuare nei pazienti affetti da tubercolosi laringea il sintoma più penoso, quale è il dolore alla deglutizione, dimostra l'incertezza e spesso la precarietà del risultato curativo. Si sono consigliate le polverizzazioni, le instillazioni o le medicature locali con soluzioni anestetiche a base di cocaina. L'ammalato ha un sollievo fugace, non compensato dalla necessità di sedute giornaliere che lo stancano. Inoltre questi medicamenti hanno la colpa di provocare l'anoressia e quindi di aumentare la denutrizione. Il Frey di Berna praticò nel 1906 l'anestesia tronculare del laringeo superiore ed i risultati sono stati brillanti, come l'A. ha potuto constatare nella Clinica laringoiatrica di Bonn dove questo metodo è in uso da parecchi anni. Lo scopo dell'intervento è quello di ottenere l'abolizione duratura della disfagia con la distruzione del laringeo superiore. Si possono usare due metodi: la nevrotomia oppure l'iniezione locale di cocaina o meglio ancora dell'alcool, col quale si ottiene la così detta sezione fisiologica del nervo. Sorvolo sulla tecnica dell'atto chirurgico ben definita da Liébault e Celles i quali procedono all'istesso modo che per la legatura della carotide esterna. La nevrotomia dovrà essere bilaterale

per ottenere l'abolizione definitiva dei fenomeni disfagici e precoce perchè l'ammalato con la scomparsa del dolore possa nutrirsi regolarmente. Il secondo metodo è da preferirsi. È alla portata di tutti i pratici e, non presentando nessuna controindicazione, può praticarsi in pazienti febbrili ed in qualsiasi stadio evolutivo della tubercolosi. Si può estendere anche a tutte le altre affezioni accompagnate da dolore nella deglutizione (laringiti, epitelioma) ed a certi casi di tosse convulsiva con eretismo laringeo, ribelle a qualsiasi cura ordinaria. Il paziente è coricato sul dorso con il collo in estensione leggiera e sollevato da un cuscino di sabbia. È preferibile però tenerlo nella posizione seduta, di faccia all'operatore che si pone anche lui seduto. Si prega il malato di non muoversi, non parlare, nè tossire. La testa sarà leggermente rovesciata indietro e sostenuta da un aiuto in modo che la parte anteriore del collo sia in estensione. Per facilitare l'esplorazione della regione tiroidea, la mano sinistra dell'operatore spinge verso il lato dell'iniezione lo scheletro della laringe che apparisce così più evidente. L'indice della mano destra, affondandosi nello spazio tiroideo, esercita delle leggiere pressioni per stabilire il punto sul quale si suscita un dolore vivo e netto che talvolta si irradia verso l'orecchio. È questo il punto in cui bisognerà infossare l'ago che deve essere molto sottile e con siringa da 2 a 5 cc. Mentre la sinistra immobilizza ancora la laringe, con la destra s'infigge l'ago non montato nella siringa, perpendicolarmente al piano cutaneo, ad una profondità di circa 5 millimetri, sino cioè alla membrana tiroioidea di cui si percepisce la resistenza fibrosa.

La punta dell'ago può toccare il nervo provocando un dolore acuto lancinante, oppure non produrre alcuna sensazione. In questo caso si muove l'ago sino a trovare il punto preciso, situato generalmente un poco in avanti del corno superiore della cartilagine tiroide, all'unione del terzo superiore con i due terzi inferiori della membrana tiro-ioidea.

Nel caso che la ricerca del nervo sia negativa, non si insisterà oltre per non affaticare l'ammalato, s'innesterà la siringa e si farà l'iniezione. Il liquido anestetico spandendosi nel piano anatomico dove decorre il nervo, ne intacca le fibrille e determina una vera neurolisi. È bene impiegare per ciascun lato da 2 a 3 cc. L'azione della cocaina è transitoria, mentre l'alcool per la propria azione distruttiva fa scomparire il dolore sino alla rigenerazione del nervo. L'anestesia si ha dopo una quindicina di minuti e dura per parecchi giorni ed anche per parecchie settimane. Quando finisce si praticherà una nuova iniezione. Per evitare all'ammalato il dolore molto vivo che si ha con l'iniezione di alcool a 90°. Moure consiglia la formula seguente:

Cloridrato di cocaina . . .	ctgr.	20
Cloridrato di morfina . . .	»	5
Antipirina	gr.	5
Bisolfato di chinino	ctgr.	50
Cloruro di sodio	»	10
Alcool a 80° q. s. p. f. . . .	gr.	50

Nella clinica laringoiatrica si usa alcool ad 80° addizionato a cocaina all'1%. I risultati sono ottimi. La soluzione deve essere preparata di fresco e possibilmente riscaldata a 45° nel momento dell'iniezione. Con questo procedimento si sottrae l'infermo al supplizio della fame. Nei casi non molto avanzati abbiamo un miglioramento generale e locale. Quando nulla rimane a fare suscitiamo, se non altro, una benefica illusione nel paziente.

F. AURITI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

OVIO G. *Oculistica pratica.* IV edizione interamente rifatta. — Casa Editrice F. Vallardi, Milano, 1921.

In questa grande penuria di trattati e manuali Italiani d'oculistica, questa nuova edizione sarà accolta con entusiasmo dagli studenti e dai medici, che in gran parte ne sono sprovvisti.

Le pochissime copie, occasionalmente in giro, dell'opera fortunatissima del Fuchs vengono oggi contese a prezzi proibitivi!

Il successo che riportò la prima edizione di questo trattato, circa 30 anni addietro (1890) si rinnovò per le due successive (1899 e 1903) e l'edizione attuale, completamente rifatta, arricchita di figure e di schemi, pur mantenendo il pregio dello schematismo didattico, che è una delle prerogative più importanti per un libro di testo destinato agli studenti e ai medici pratici, contiene quanto possa essere necessario a creare nella mente del lettore idee chiare e complete della specialità.

Oltre che alla parte puramente clinica, l'A. ha dedicato importanti capitoli alla anatomia e fisiologia dell'apparato visivo, alla igiene oculare, ai vizi di rifrazione e infine alla chirurgia oculare. Ciò che costituisce una caratteristica notevole in tutta l'opera è l'indirizzo eminentemente e costantemente clinico al quale è inspirata la trattazione dei singoli capitoli, per cui anche la semplice parte anatomica riesce ad interessare il lettore, per le de-

duzioni pratiche che in gran copia vengono tratte.

Un capitolo originale è quello che riguarda i disturbi della funzione visiva ed i vizi di rifrazione in genere, nella quale materia si rivela la speciale competenza del prof. Ovio, che ha dedicato gran parte della sua attività scientifica allo studio dei più importanti problemi di fisiologia e fisio-patologia oculare.

Per il suo indirizzo pratico, per la chiarezza e la semplicità della esposizione, per la serietà della veste tipografica, questo libro merita di essere consigliato non solo a tutti coloro che iniziano e coltivano lo studio della specialità, ma anche ai medici generici, sopratutto per quanto riguarda il significato patognomonico delle affezioni oculari, in rapporto alla clinica generale.

L. MAGGIORE.

MORAX V. *Pathologie oculaire.* Un vol. in-16, di 440 pag. con 204 fig. e 4 tavole a colori. — F. Alcan, ed., Parigi, 1921. Prezzo fr. 45.

È un trattato completo sull'istologia patologica dell'occhio e dei suoi annessi (palpebre, apparato lacrimale, orbita); dopo una succinta ma chiara esposizione della tecnica, tutte le malattie e le lesioni che possono colpire l'apparato visivo sono accuratamente descritte nel loro decorso e nelle alterazioni strutturali che provocano. Ogni capitolo è preceduto dalla descrizione dell'anatomia normale. Il volume doveva essere compreso nel noto trattato di istologia patologica di Cornil e Ranvier, ma l'A. ha anticipato la pubblicazione di questa parte, la quale non ha soltanto importanza scientifica, ma anche pratica, poichè lo studio del carattere citologico di una secrezione congiuntivale, della struttura di una lesione cutanea o mucosa, ecc., possono essere di valido aiuto per la diagnosi.

r. s.

ELLIOT R. H. *Lectures on tropical ophtalmology.* In-8 di 36 pag. con 13 fig. H. Frowde e Hodder e Stoughton, ed. — Oxford e Londra. Prezzo scellini 3/6.

Conferenze tenute alla scuola di medicina tropicale di Londra sulle peculiarità che presentano le malattie oculari nelle regioni tropicali.

Sono un breve sunto del manuale di oftalmologia tropicale dello stesso autore, di cui già si è fatto cenno (fasc. 17, pag. 597) e danno una chiara idea sull'importante argomento, fornendo altresì, dove è necessario, utili consigli di tecnica operativa.

r. s.

G. DE PARREL. *Précis de thérapeutique médicale oto-rhino-laryngologique.* Préface de P. SEBILEAU. Paris, A. Maloine, 1921, un vol. in-8, di pag. X-671.

L'indirizzo prevalente della moderna oto-rino-laringologia, e che costituisce il suo pregio e la sua gloria, è nettamente chirurgico; tuttavia anche la parte medica della specialità, al contatto rinnovatore dei nuovi dati della medicina generale, si è molto avvantaggiata e raffinata. La conoscenza di questi progressi farà dell'otologo più un medico specializzato che non un gretto e miope specialista.

In tal senso il libro del de Parrel avrà di certo buone accoglienze. Esso è diviso in parecchie parti. Dopo alcuni capitoli generali di farmacologia e materia medica, seguono quelli dedicati alla terapia delle diverse malattie dell'orecchio, esterno, medio e interno, del naso e dei seni annessi, del rinofaringe, della faringe propriamente detta, della laringe e della trachea. Segue una parte — la più nuova e forse la più utile per il pratico che non ha modo di consultare libri e monografie singole — sulla vaccino-terapia, sulla terapia fisiologica (ortofonia, anacusia o rieducazione uditiva, labiologia o lettura sulle labbra), sulla terapia fisica (elettricità, radiazioni, creno- e climatoterapia).

La cura dello stato generale, la profilassi, l'igiene, la dietetica occupano largamente le pagine di questo libro.

G. BILANCIONI.

JOSEPH E. *Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.* Leipzig, 1921. Verlag von Georg. Thieme.

Nel giugno del corrente anno il libro è uscito nella sua ottava edizione e, contrariamente alla consuetudine, l'ultima edizione, anzichè ampliata, è stata abbreviata. L'A. dichiara di essere stato a ciò obbligato dalla necessità dei tempi i quali impongono economie di ogni specie. Tuttavia il pregio del libro non è diminuito. Nelle 217 pagine che lo compongono sono trattate la patologia e la terapia della sifilide, dell'ulcera molle e della blenorragia.

Nel trattare i numerosi argomenti che si riferiscono a ciascuna delle dette malattie è stata evitata ogni prolissità e l'esposizione, se in qualche punto appare schematica, guadagna in chiarezza. Essa è sempre esatta e completa.

Il testo è corredato da 54 figure e da una tavola.

EGIDI.

EMERY E. *Le traitement actuel de la syphilis.* Un vol. in-16, di pag. 229. — J.-B. Baillière et fils, ed., Parigi, 1921. Prezzo fr. 7.50.

Questo libro che E. Emery ha scritto in collaborazione con il dott. A. Morin, mette al corrente il medico pratico del moderno indirizzo di cura nella sifilide. L'A. riconosce che il mercurio ha sulla sifilide un'azione realmente efficace e durevole, ma che però non è paragonabile a quella degli arsenobenzoli, e lo considera quindi come una medicazione ausiliaria ed eccezionale.

Dedicate poche pagine a questo medicamento, si diffonde ampiamente sugli arsenobenzoli, che esamina dal punto di vista della loro composizione, del modo di azione, dell'efficacia, degli incidenti a cui possono dar luogo. Si riferisce particolarmente ai preparati francesi (luargol, galyl, ecc.), di cui espone le qualità ed i difetti, fornendo una quantità di consigli pratici sull'applicazione dei rimedii, sul modo di ovviare agli inconvenienti. Considera poi diversi argomenti speciali, che si rannodano al tema, quali il matrimonio dei sifilitici, la sifilide delle gravide, quella ereditaria, l'igiene del sifilitico, ecc. Trattasi in complesso di una buona guida che può essere utile al pratico.

fil.

Dott. D. PAMBOUKIS. *Les malformations des organes génitaux internes de la femme.* (J. Baillère et f. Paris, 1921), pag. 164 in-8°. 10 franchi.

Rivista ordinata, completa, per quanto in alcuni punti scheletrica, delle varie malformazioni dell'apparato genitale femminile.

Scarse e senza grande interesse anatomico o clinico le osservazioni personali (4, fra cui una di supposta mancanza dell'utero e di un ovaio non ha documentazione anatomica sicura); è da rilevare un caso di utero *subseptus unicollis* con l'associazione di una tubercolosi genitale, per quanto non siano dati più ampi particolari sulla lesione specifica e l'A. non abbia fermata la propria attenzione sulla associazione.

Un'impronta più personale e una trattazione più diffusa è nel capitolo delle malformazioni ovariche, dove si parla con larghezza delle varie disfunzioni ovariche: qui forse non tutti ammetteranno oltre le due funzioni fondamentali (ovulazione e secrezione interna) anche la terza che l'A. sostiene destinata a eliminare l'eccesso di tossine organiche, provocando la mestruazione.

Il lavoro è corredato da 48 figure, schematiche ma dimostrative, e termina con un quadro sinottico dei sintomi comuni alle singole malformazioni, con le possibili complicanze gravidiche o funzionali e la linea di condotta da seguire nella terapia, quadro molto chiaro e utile.

Non c'è bibliografia: i richiami alla letteratura sono del resto contenuti anche nel testo in ristretti limiti; sconosciuta è la produzione italiana.

Dott. P. GAIFAMI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 21 aprile 1921.

Splenomegalia emolitica.

P. PENNATO. — L'O. prende in esame l'ipotesi di Lescar, persistenza di un tessuto embrionale per cui dai vari organi ematopoietici vengono continuamente versate in circolo *megaloblasti,* e l'ipotesi di Fischer, alterata funzione di elementi, che dalle ricerche di Aschoff e Lepehne sono raccolti in un sistema *reticolo-endoteliale.*

Riferisce una propria osservazione in cui fu ben evidente la patogenesi splenica e l'associazione di progressi eritrofagici, e fibroadenici. Questo dimostra che gli stretti rapporti notati tra ittero emolitico e anemia di Banti possono essere anche anatomici.

Contributo allo studio della degenerazione grassa nella inanizione acuta.

I. SALVIOLI e I. SACCHETTO. — Gli OO. comunicano delle ricerche dalle quali risulta che negli animali tenuti a completo digiuno (cani e cavie) le cellule del fegato contengono grasso in quantità superiore a quello che si può riscontrare nelle condizioni normali, ed hanno anche voluto vedere se vi erano differenze tra la quantità di grasso contenuto nelle cellule epatiche di animali digiunanti, e quelle contenute nelle stesse cellule di animali a digiuno e poi avvelenati col fosforo.

Contributo allo studio della cosidetta degenerazione grassa del fegato nella inanizione e nell'avvelenamento da fosforo.

I. SALVIOLI e I. SACCHETTO. — Dopo una serie di esperienze a base specialmente di ricerche istologiche e micro-chimiche, valendosi di diversi metodi di colorazione risultano i seguenti fatti:

1) Nel fegato dei cani digiunanti vanno man mano scomparendo quei grassi neutri che si trovano in ogni animale normale, e in loro vece si nota la comparsa di goccioline di lipoidi in quantità notevole specialmente se il digiuno fu spinto all'estremo;

2) Nel fegato delle cavie normali esistono particolari cellule che non risultano descritte da altri autori, di aspetto per lo più globose, un po' più voluminose delle altre cellule epatiche contenenti nel loro interno delle goccioline lipoidi miste a poche altre di grassi neutri;

3) Nelle cavie tenute a digiuno anche per breve durata aumentano notevolmente nel fegato le sopradette cellule a contenuto lipoideo;

4) Nei cani avvelenati con fosforo dopo lungo periodo di digiuno, il fegato assume i caratteri della tipica degenerazione grassa, se non che nelle cellule epatiche accanto ai grassi neutri si trova anche una certa quantità di lipoidi;

5) Nei cani normali avvelenati con fosforo si riscontra invece negli elementi epatici la sola presenza di grassi neutri;

6) Nelle cavie avvelenate con fosforo sia digiunanti che no, il fegato presenta i caratteri della degenerazione grassa, ma dall'esame microscopico risulta che mentre tutte le cellule contengono una grandissima quantità di gocciole di grassi neutri, sono anche aumentate le cellule globose a contenuto lipoideo già descritte nelle cavie normali e digiunanti;

7) Negli animali d'esperimento di cui sopra non si rinvennero nel fegato sostanze grasse birifrangenti. La ricerca delle altre sostanze ed in particolare degli acidi grassi, diede pure risultati interessanti specialmente dal punto di vista del metabolismo tra grassi e lipoidi.

Studi sulla circolazione polmonare - Azione della adrenalina sui vasi polmonari.

M. MANTOVANI. — Allo scopo di risolvere alcune questioni non ancora ben definite sulla fisiologia del polmone e specialmente sulla sua circolazione sanguigna l'O. s'è prefisso di studiare come si comportino i vasi polmonari sotto l'azione dell'adrenalina.

L'O. è riuscito ad ottenere un aumento leggero e di breve durata del deflusso del liquido della vena polmonare nell'unità di tempo, il che starebbe ad indicare un certo grado di vaso-dilatazione. Se l'adrenalina circola con maggiore concentrazione e per lungo tempo, si ottiene invece una vasocostrizione proporzionale alla concentrazione usata.

L'O. per completare e controllare tali risultati studiò anche il modo di comportarsi dei vasi polmonari col metodo biologico del Meyer confrontandoli con vasi di altri organi e per ora si limita ad esporre come in presenza del CO^2 l'adrenalina eserciti la sua azione ipertonica in modo meno accentuato di quello che si osserva in presenza dell'O, e come l'accorciamento del vaso sia lentamente progressivo anzichè a sbalzi come succede in presenza dell'O. A. DIAN.

Società di Medicina legale di Roma.

Sedute del 15 giugno-19-27 luglio 1921.

Presidente on. DORE - Segretario dott. BELLUSSI.

Le prime trasmissioni telegrafiche delle impronte digitali.

Prof. OTTOLENGHI. — In seguito ai risultati ottenuti nella trasmissione telegrafica delle fotografie cogli apparecchi Belin, consultato in proposito dall'ing. Ranieri sull'applicazione giudiziaria, l'O. consigliò che si iniziassero esperimenti sulla trasmissione delle impronte digitali. L'on. sen. Vigliani, Direttore Generale della P. S., mandò l'O. a Parigi perchè partecipasse alle esperienze iniziate per suo consiglio e si assicurasse della praticità e possibile applicazione nei pubblici servizi. Furono fatti molteplici esperimenti presso la Malmaison nel Laboratorio dell'ing. Belin. Furono trasmesse le prime impronte digitali da Lione a Parigi coi più soddisfacenti risultati. Nelle impronte ottenute dall'apparecchio ricevitore, attraverso resistenze equivalenti a distanze di migliaia di chilometri, l'O. potè constatare tutte le finissime particolarità delle impronte che permettono l'accertamento della identità. Per consiglio dell'O. venne felicemente per la prima volta trasmesso a distanza uno *chèque* coll'impronta digitale ai fini giudiziari, commerciali, artistici, politici.

Pseudo-ermafroditismo androgeno.

Dott. G. MASSARI. — L'O. ebbe occasione di fare la autopsia di un giovane ben conformato, ammogliato, con genitali esterni di sviluppo normale. Lo scroto però era vuoto. Nella cavità addominale presso la regione inguinale osservò un corpo piriforme con piccola cavità mediana (utero) a cui superiormente aderivano due corpi ovoidali (testicoli) seguiti dai due dotti deferenti.

Sul reattivo guaiaco-piridina del Florence.

Dott. BELLUSSI. — Saggiando il reattivo guaiacopiridina del Florence su sangue recente e antico in soluzione acquosa l'O. conferma l'osservazione del Florence che la piridina sensibilizza notevolmente la reazione specie se viene opportunamente dosata e si tiene il dovuto conto anche dalla concentrazione della resina di guaiaco e dell'acqua ossigenata.

Il reattivo originario del Florence esclude molti sali minerali, compresi quelli di ferro.

Però le soluzioni diluite di varii minerali non manifestanti più proprietà ossigenasica riacquistano tale proprietà in presenza di piridina opportunamente diluita e di acqua ossigenata.

La specificità maggiore o minore della reazione dipende pertanto dalla concentrazione di tutti i componenti il reattivo, ma specialmente della piridina.

Quesiti medico-legali in cadaveri mummificati e saponificati.

Dott. BELLAZZI. — L'O. illustra 52 casi di cadaveri in adipocera trasportati alla Morgue di Roma, alcuni dei quali avevano soggiornato in acqua più di tre anni.

Rimasero sconosciuti 14; i rimanenti furono tutti identificati in parte per oggetti e indumenti rinvenuti sul cadavere, in parte per la presenza di anomalie anatomiche, deformità, cicatrici, ecc.

Ne illustra tre casi.

Anomalie anomatiche ed importanza medico-legale di alcune di esse.

Dott. G. MASSARI. — L'O. passa in rassegna alcune anomalie anatomiche occorsegli nella pratica medico-legale. Per un caso di mancanza della milza il morto di peritonite da ferita dell'addome, discute la questione della concausa, escludendola.

S. A.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'urologia ed il medico pratico.

La diagnosi urologica moderna è basata sul microscopio, sul cistoscopio, sui raggi X. Mediante il primo si trovano i batteri ed ogni contenuto patologo dell'urina. Col cistoscopio, si vedono infiammazione, edemi, ulcere della mucosa, diverticoli, tumori, cisti, corpi estranei, ostruzione prostatica, si può procedere al cateterismo dei due ureteri ed iniettare la pelvi renale per la pielografia. I raggi X possono rivelare i calcoli nel 100 % dei casi, e possono essere utili per scoprire un diverticolo della vescica (riempiendo dapprima questa con una sostanza opaca ai detti raggi) od un tumore, quando l'emorragia rende difficile l'esame cistoscopico. Combinando poi l'uso dei raggi con quello del cistoscopio, si può arrivare alla diagnosi di idronefrosi, rene mobile, piegature od angoli dell'uretere, ecc.

E. O. Smith (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 10 sett. 1921) cita il caso di un paziente con ematuria e reperto radiologico negativo: al cistoscopio non si vide altro che del sangue fluente con l'urina dall'uretere destro; riempita la pelvi renale con soluzione di bromuro di sodio, si vide, con i raggi X, che i contorni della pelvi erano anormali e parecchi calici obliterati. L'atto operativo confermò la diagnosi di neoplasma renale.

I sintomi subbiettivi che devono consigliare l'esame urologico sono il dolore, la disuria e la pollachiuria. Il dolore può essere addominale, inguinale, genitale, perineale, rettale, vasto campo che comporta talora errori di diagnosi e di cura: si citano appendicectomie fatte mentre trattavasi di calcolo ureterale, asportazioni di insignificanti emorroidi, mentre la vera causa risiedeva nelle vescichette seminali e nella prostata.

La disuria richiede una minuziosa ricerca della causa, che può risiedere nell'uretra, prostata, vescica, reni, ecc.; è spesso accompagnata da pollachiuria; talora questi disturbi sono in dipendenza di cause diverse, come morfinismo, ossiuri.

Sintomi obbiettivi che esigono l'esame urologico sono la piuria e l'ematuria; la causa di questa può essere extraurinaria (cisti pancreatica, malaria, medicamenti): il pus invece ha sempre origine nell'apparecchio urinario: un primo esame con i due bicchieri, può già mettere sulla strada.

Davanti ad un paziente con questi sintomi, il pratico deve anzitutto fare un esame generale (spesso sono in causa malattie del sistema nervoso, tabe, sifilide), poi passare all'apparato urinario; egli dovrebbe saper fare un esame microscopico e batteriologico dell'urina, saper introdurre la sonda a dovere: si eviterebbe così di vedere dei pratici che, senza fare una diagnosi precisa, somministrano per mesi ed anni della urotropina, o della belladonna a pazienti con un calcolo vescicale, oppure che prescrivono a lungo dell'adrenalina ad un paziente con ematuria, senza domandarsi quale sia la causa di questa. Nessun disturbo urogenitale va curato empiricamente: esso riconosce sempre una causa che deve essere prontamente individuata, e quando ciò non sia possibile al medico pratico, deve intervenire lo specialista urologo. *r. s.*

L'anuria.

Vi è anuria quando il malato non urina ed il cateterismo dimostra l'assenza di urina nella vescica: l'anuria può essere completa o incompleta (oliguria accentuata, con espulsione giornaliera di poche diecine di grammi d'orina).

L'anuria può essere: *a*) *escretoria o meccanica*: in tal caso l'ostacolo può essere dato da un calcolo: anuria brusca per incuneamento del calcolo all'estremità superiore dell'uretere: la secrezione del rene soprastante si arresta per causa reflessa o meccanica, quella del rene opposto si arresta per via riflessa oppure manca perchè il rene è distrutto. L'ostacolo può esser dato da causa estrinseca, tumori pelvici, adenopatie, che comprimono gli ureteri e determinano un'anuria lenta e progressiva;

b) *La forma secretoria* può essere dovuta a lesioni del parenchima renale, a disturbi circolatorî, ad azione del sistema nervoso (anuria riflessa specialmente in conseguenza di interventi addominali), ad azione di sostanze nefrotossiche contenute nel sangue (ustioni estese).

Anuria da calcolo. Trattasi per lo più di adulti, che hanno sofferto in precedenza attacchi di colica nefritica, ematuria, renella; spesso l'ammalato ha fatto qualche sforzo, ha subìto un traumatismo lombare; l'inizio può essere brusco e silenzioso (l'ammalato si accorge che non ha più stimolo ad orinare), insidioso (ematuria premonitrice, poliuria ed orine molto pallide, oliguria progressiva), o doloroso (tipo di colica nefritica che non termina con un calcolo). In seguito il dolore lombare sparisce, l'ammalato si sente bene, solo che non orina ed ha un senso vago di pesantezza alla regione vescicale, e di puntura all'estre-

mità del pene. Dopo un periodo di 3-6 giorni, incomincia a manifestarsi l'intossicazione uremica, con stanchezza, cefalea, agitazione, insonnia, fenomeni digestivi. Se non si interviene di urgenza, si passa al periodo terminale uremico.

Mancano però fenomeni molto accentuati, a tipo convulsivo o delirante; i più importanti sono i disturbi delle vie digerenti, lingua secca e nera, sete intensa, vomiti, costipazione, singhiozzo. Si osservano talora cefalea, stato di annientamento, di ebetudine, miosi, scosse muscolari; respirazione lenta, imbarazzata, talora a tipo di Cheyne-Stokes, crisi di soffocazione, abbassamento di temperatura, il più spesso morte. Talora si ha la guarigione; la prognosi lontana rimane sempre grave.

L'interrogatorio del malato può guidare alla diagnosi, specialmente fondandosi sul sintoma dolore; risultati incerti dà la ricerca del dolore alla pressione: costante è la contrattura leggera della parete dal lato ostruito; dati di capitale importanza si ottengono con la radiografia, la cistoscopia, il cateterismo degli ureteri.

Anuria da compressione. Trattasi quasi sempre di malati con tumori pelvici: fibromi uterini incuneati nel piccolo bacino, tumori dell'ovaio, della vescica, della prostata, del retto; il più spesso osservasi in donne con epitelioma del collo uterino. Questo tipo di anuria può presentarsi bruscamente, oppure essere remittente, con secrezione urinaria, che cessa e ritorna a più riprese; oppure, ed è il caso più frequente, può essere progressiva. L'oliguria si fa sempre più accentuata e passa talvolta inosservata, come p. e. in donne con fistole vescico-vaginali in cui è difficile raccogliere le urine. Si stabiliscono poi cefalea, miosi, vomiti, e con andamento tranquillo si ha la morte in 10-15 giorni. Spesso misconosciuta, viene classificata come cachessia.

Anurie secretorie: *a*) per lesioni del parenchima renale, nelle nefriti acute, specialmente tossiche (sublimato, cantaride, ecc.) ed in quelle croniche, in cui trattasi più che altro di oliguria; *b*) per disturbi circolatorii (infarto renale, diminuzione generale della massa sanguigna, come nel colera, asistolia); *c*) per meccanismo riflesso: si osservano in seguito a lesioni del sistema nervoso centrale (emorragia cerebrale, traumatismo cranico), ad eccitazione del sistema nervoso periferico (caduta in acqua fredda), a malattia dell'apparato genito-urinario; *d*) postoperatoria, specialmente in seguito ad interventi sull'apparecchio urinario; *e*) l'esistenza di anuria isterica è discussa.

La *diagnosi* delle anurie è facile, basta sondare l'ammalato: la causa va ricercata il più spesso nella litiasi, nell'intossicazione grave, nel carcinoma uterino.

Trattamento. Si sopprimono gli alimenti solidi non permettendo che bevande diuretiche: sono indicate le iniezioni glucosate (controindicate quelle di acqua salata!), di cui si iniettano 4-500 cmc. al giorno in soluzione isotonica a 45 ‰: non si fanno però se vi sono edemi o pletora sanguigna. Assai utili il salasso ed anche le ventose scarificate alla regione lombare, i bagni tiepidi prolungati, nelle anurie riflesse o da calcoli, i tonici cardiaci (se vi è asistolia o edema).

Il trattamento chirurgico comprende: *a*) nell'anuria da calcolo: il cateterismo ureterale, ovvero se l'anuria data da qualche giorno, la nefrotomia d'urgenza; *b*) nella compressione pelvica: se il tumore è benigno fare la nefrotomia in primo tempo e successivamente asportare il tumore: se il tumore è maligno, H. Feuchaud-Brin (*Gazette des Hôpitaux*, 1921, n. 18) consiglia la nefrotomia definitiva; *c*) nelle nefriti acute, specialmente nelle forme eclamptiche, viene consigliata la nefrotomia, seguita eventualmente da scapsulazione. *fil.*

Rimozione incruenta di calcoli dall'uretra.

P. A. Jacobs (*Journ. Am. med. Association*, 10 sett. 1921) consiglia di introdurre sonde minutissime ad estremità olivare, in osso di balena, come se si trattasse di una stenosi uretrale filiforme, facendo passare l'estremità della sonda un poco oltre il calcolo. Quando si sono introdotte 15-20 sonde, si afferrano tutte insieme e si tira piuttosto decisamente e rapidamente. Il calcolo viene così preso come fra le branche di una pinza e segue le sonde, le quali impediscono che il calcolo stesso leda eventualmente con le sue scabrosità la mucosa uretrale. Con la mano libera si può guidare e coadiuvare l'estrazione. La presenza di stringimenti uretrali può ostacolare la manovra secondo il grado di stenosi. *r. s.*

Il trattamento della cistite.

I. F. Dobson all'89° Congresso dell'Associazione medica inglese (*British med. Journal*, 27 ag. 1921), dopo aver parlato dei metodi diagnostici, fondati sull'esame dell'urina, l'esplorazione rettale, la palpazione addominale, i raggi X e la cistoscopia, riconosce che spesso il trattamento dell'infezione locale è di secondaria importanza in confronto della malattia principale. Di regola, di fronte ad una cistite

acuta bisogna astenersi dall'introdurre strumenti in vescica e nemmeno il cistoscopio, vi sono invece casi in cui si rende necessario il drenaggio della vescica, quando cioè il processo infettivo può condurre a necrosi della mucosa, a perforazione, a pericistite. In tali contingenze è necessario ricorrere al drenaggio soprapubico (e l'A. sconsiglia quello perineale) e ad instillazioni, per mezzo di tubi Carrel, con eusol [acido borico ed ipoclorito di calcio. *N. d. Redat.*].

Per quanto riguarda gli antisettici urinari, l'A. osserva che non bisogna aspettarsi da questi più di quanto possano dare: il processo infettivo non può in alcun modo venire guarito se ne permane la causa (ritenzione, calcolo, tumori, tubercolo, carcinoma, ecc).

Fra i medicamenti, l'urotropina è di uso comune e realmente, fra gli insuccessi, si registrano dei buoni risultati. Essa sviluppa formalina ed esercita azione antisettica; ma è inattiva se l'orina non è acida, di più provoca talvolta ematuria. Sono usati anche il salolo, l'acido borico, il benzoato d'ammonio. Risultati promettenti si sono ottenuti con alcuni colori d'anilina, specialmente l'acriflavina, ma nulla di certo può ancora dirsi.

Le lavature vescicali sono utili specialmente come preparazione per il trattamento chirurgico della prostata ipertrofica, di stenosi, calcoli, ecc., e come cura ausiliaria della lavatura renale nella pielite. L'A. consiglia il nitrato d'argento (1:20,000, aumentando poi gradatamente la concentrazione).

Quanto alla terapia vaccinica, l'A. è interamente scettico.

Nella maggioranza dei casi, la cistite è sostenuta da una infezione acuta del rene o delle pelvi, che di solito guarisce con una terapia semplice (molti liquidi alcalini): nei casi ribelli, si possono ottenere buoni risultati con la lavatura renale mediante collargol a 5-20 %; la ricerca della sorgente d'infezione (specialmente la prostata) va sempre fatta anche in tali casi. *r. s.*

EPIDEMIOLOGIA.

Il vajolo.

In una rivista sintetica del *Morgagni* (anno 1921, parte II, n. 20) parlando dell'*Epidemiologia* del vaiolo viene riferito che secondo il King (Trans. Soc. Trop. Med., 1920) devono esistere nel virus del vaiolo delle differenze di grado, per cui sono distinguibili due tipi di infezione (Africa dell'Est, Africa del Sud), due sottotipi (Africa dell'Ovest, Africa del Sud) e una varietà (Africa dell'Ovest).

Il tipo est-africano è il più virulento di tutti: nelle popolazioni asiatiche esso presenta una mortalità del 30-60 % fra i vaccinati, del 60-80 % fra i non vaccinati.

In certi paesi dell'Europa, la mortalità anche in periodi di endemia, rimane così bassa in confronto a quella che si nota in ogni altra parte del globo, da giustificare per codeste endemie la denominazione di *varietà occidentale* del vaiolo.

Nell'Africa del Sud vi è un secondo tipo di vaiolo, detto *Amaas*, distinguibile dal tipo orientale e dal sottotipo occidentale a causa della relativa mitezza dei disturbi generali mentre sono molto intense le manifestazioni cutanee: esso presenta una mortalità media del 3.8-4.3 %.

Secondo le statistiche degli AA. tedeschi l'efficacia della vaccinazione nell'esercito tedesco è risultata chiaramente allorchè le loro truppe hanno invaso i distretti della Polonia Russa, nei quali già esisteva il vaiolo allo stato endemico: esse si dimostrarono praticamente immuni sebbene abbiano soggiornate nei paesi infetti per parecchi mesi, in condizioni igieniche pessime.

La loro immunità è stata dovuta a ciò che ciascun combattente era stato rivaccinato al momento della visita di leva e poi ancora al momento dell'entrata in campagna, mentre nella Polonia russa la vaccinazione era assai trascurata.

Nell'epidemia viennese del 1915 la malattia ha colpito quasi esclusivamente individui non vaccinati ovvero individui che erano stati vaccinati da così lungo tempo, che la loro immunità acquisita si era certamente esaurita.

Per la *diagnosi*, secondo il Sobernheim, grandissimo valore ha il metodo proposto dal Paul nel 1914: esso consiste nell'inoculare un po' del pus di una delle pustole sospette nella cornea di un coniglio: in capo a 36-48 ore nei casi a risultato positivo si formano sul punto dell'innesto dei noduli fini, mentre i dintorni rimangono normali. I noduli si riconoscono bene mediante una lente usuale: ma se si uccide l'animale, si enuclea il bulbo oculare e lo si mette in una soluzione alcoolica di sublimato, si constata dopo poco tempo che la cornea è diventata di una tinta grigia opaca, mentre i noduli d'infiltrazione spiccano su di essa in una tinta bianco di calce.

Secondo il Bender nella *terapia* i migliori risultati sono dati dal metodo di Dreyer: il malato viene su tutto il corpo pennellato con una soluzione fresca sàtura di permanganato di potassio: nei giorni seguenti la pennellazione vien ripetuta ogni giorno con la stessa soluzione o, a seconda della sensibilità della pelle, con una soluzione al 1.5 % o anche più diluita. MONTELEONE.

MEDICINA SCIENTIFICA

Sistema sensitivo del nervo facciale.

(E. BAUDOIN. *Gazette des Hôpitaux*, n. 32).

L'antico concetto dell'ufficio esclusivamente motore del facciale deve essere abbandonato. Da recenti lavori clinici risulta che la distribuzione sensitiva del facciale comprende più fasci di fibre.

Delle fibre sensoriali per i due terzi anteriore della lingua e per la corda del timpano.

Delle fibre sensitive per l'orecchio interno e medio. Una innervazione sensitiva parziale della lingua e della regione tonsillare.

Una innervazione cutanea dell'interno del padiglione dell'orecchio, conosciuta col nome di zona cutanea del ganglio genicolato, il quale rappresenta l'origine di tutte le fibre sensitive del facciale, benchè cellule simili a quelle del genicolato si trovino lungo il nervo di Wrisberg del petroso e del tronco del facciale stesso.

Esiste dunque un sistema sensitivo-sensoriale annesso al facciale, che si presenta come un nervo misto. Ciò ci permette di comprendere le relazioni di alcuni nervi con certi sintomi e sindromi rilegate apparentemente ai sistemi vicini. Tali sono: l'otalgia (limitata alla zona genicolata) in seguito a lesioni naso-faringee, l'otalgia associata a nevralgie facciali o cervico-occipitali; i dolori e i disturbi sensitivi nella paralisi del facciale.

FAUSTO AMANTEA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1443) *Epistassi ribelle.* — Al dottor L. T. da A.:

È necessario prima di tutto far esaminare dallo specialista la cavità nasale, e nell'esame clinico escludere una malattia epatica o renale. Se le ricerche riusciranno negative è consigliabile tentare le iniezioni di siero di cavallo a scopo emostatico, somministrando contemporaneamente cloruro di calcio (gr. 2 in 200 d'acqua) quotidianamente. *p. t.*

(1444) *Cura della malaria in gravidanza.* — All'abb. n. 7622:

In casi di malaria in gravidanza va egualmente usato come rimedio specifico la chinina. La temuta azione ecbolica non si appartiene alle dosi curative di chinina; bisogna ricordare che più frequentemente l'aborto è causato dalla malattia in sè che non dal rimedio. Come succedaneo della chinina può usare la cinconina (solfato di cinconina) somministrandola alle stesse dosi che si usano per la chinina. *t. p.*

VARIA

Per un dottorato in igiene.

Il maggior generale medico W. T. Sedwick, membro del Servizio di Sanità Pubblica degli Stati Uniti, in una recente conferenza ha sostenuto la necessità di creare il nuovo grado accademico di «dottore in salute pubblica», data l'importanza assunta dalle discipline igieniche e la crescente richiesta di personale specializzato da parte delle autorità sanitarie: basti dire che ai 48 Dipartimenti di Stato per la Sanità Pubblica negli Stati Uniti sono addetti almeno 150 periti nelle discipline igieniche e nella sanità pubblica; è anche da tener conto degli ufficiali sanitari addetti a centinaia di contee (provincie), alle città, ai distretti rurali e di quelli dell'esercito e della marina. Il servizio per la Salute pubblica degli Stati Uniti trova difficoltà a coprire con personale adatto tutti i posti vacanti o nuovamente creati; la Fondazione Rockefeller e la Croce Rossa non riescono neppur esse a trovare sanitarî competenti.

L'A. preconizza un corso speciale, che si stacchi da quello per medici-chirurghi dopo soli due anni compiuti in comune; comprenderebbe tutta una serie di insegnamenti: per es. igiene generale, igiene municipale, statistica sanitaria, metodi di laboratorio, ecc.

Se non si provvede, egli aggiunge, si avranno dei laureati in medicina incapaci di affrontare i più importanti problemi della medicina sociale.

(*Annali d'Igiene*).

Nuovo diploma d'Igiene all'Università di Cambridge

In seguito a proposta della Lega delle Società della Croce Rossa, l'Università di Cambridge ha istituito un nuovo diploma d'igiene. Affinchè questo diploma acquisti valore internazionale si spera che persone di varie nazionalità approfitteranno delle facilitazioni offerte per questo corso, che è destinato sopratutto a coloro che desiderano familiarizzarsi con i metodi scientifici inglesi e la pratica sanitaria ed ottenere un certificato ufficiale che abiliti alle funzioni di ufficiale di sanità. Il corso ed il relativo diploma sono accessibili a candidati di qualsiasi nazionalità, purchè forniti di un diploma di medicina riconosciuto dall'autorità del paese dove il candidato esercita la sua professione. Il corso completo durerà nove mesi; ciascun candidato dovrà essere immatricolato e risiedere nell'Università di Cambridge almeno per un semestre, oppure per un trimestre e un corso di vacanze. L'esame si divide in due parti, per ciascuna delle quali si richiedono cognizioni pari a quelle occorrenti per conseguire il diploma di sanità pubblica, eccettuata la conoscenza dettagliata delle leggi e degli statuti di sanità pubblica in Gran Bretagna.

(*Giorn. di Clin. Med.*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

ALBINO (*Bergamo*). — Capoluogo, L. 6500, oltre 250 ogni centinaio di poveri sopra 1000, L. 350 sopra 2000, quattro quinquenni del decimo, caro-viv. secondo legge, L. 1000 per uff. san., Ospedale, Ferr., Tram. Scade 30 novembre.

BARI. — Il termine per la presentazione delle domande per concorrere al posto vacante di coadiutore del Laboratorio medico-micrografico è prorogato al 5 dicembre.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore*. — Primario 1ª Sezione medica; titoli; L. 5000 oltre caro-viv. (lire 1200 per ammogliati, L. 780 per celibi), nette. Docum. al Protocollo Consiglio d'Ammin. Istituti Ospitalieri entro ore 15 del 30 nov. È permesso il libero esercizio professionale e l'esercizio di case di salute. Durata nomina un ventennio. Esercizio clinico od ospedaliero triennale ininterrotto. Laurea da cinque anni. Chiedere annunzio.

CETONA (*Siena*). — Scad. 15 dic.; 3ª cond.; L. 7500 e 8 trienni ventesimo, L. 3500 mezzo trasp., doppio c.-v. in L. 2400 e indennità suppletiva di L. 300 per ogni pers. convivente a carico; L. 500 se i poveri supereranno 1500.

FUBINE (*Alessandria*). — Scad. 30 nov.; due condotte; L. 4000 oltre L. 500 indenn. trasp., L. 700 uff. san., 3 quinquenni decimo, 2 c.-v. Assunzione servizio 1º gennaio.

GENOVA. *Municipio*. — 4 condotte; titoli ed esame; L. 7000 e 10 bienni di L. 375 e uno di L. 250; 2 caro-viveri. Docum. alla Segreteria non oltre le ore 16 del 20 dicembre. Esercizio professionale triennale. Età-limite 35. Chiedere annunzio.

LUCCA. — Scad. 25 nov.; 10º circondario rurale; L. 6000 e 5 quinquenni decimo, due c.-v., L. 1000 mezzi trasp.

NOLI (*Genova*) — Al 30 nov.; L. 4000 e tre quinquenni del decimo; due caro-viv.; L. 200 quale uff. san. Abit. 2250. Servizio «appena nominato e legalmente notificato».

PIETRALUNGA (*Umbria*). — 2ª cond.; L. 6000 oltre L. 2000 disag. resid., L. 2400 caro-viv., L. 260 se uff. san. Servizio entro 15 giorni. A tutto 30 dic. Chiedere annunzio.

RAVENNA. — A tutto 25 nov., condotte 16ª e 17ª. Età-limite 45 anni. L. 7500 e 10 bienni ventesimo; due c.-v.; L. 2000 per cavallo od autoveicolo. Servizio entro 20 giorni. Chiedere annunzio.

SAN BENEDETTO DEL TRONTO (*Ascoli Piceno*). — A tutto il 30 nov., condotta chirurgica; L. 7000 residenziali; L. 1000 per la cura fino a 3000 pov.; 10 bienni del ventesimo. Chiedere annunzio.

SANTARCANGELO (*Forlì*). — Al 30 nov. (ore 17); medico primario del Capoluogo e dell'Ospedale Civile; ab. 3000 di cui circa 500 pov.; L. 10,000, più L. 500 indennità vettura per visite consultive ai poveri del forese; dieci bienni del ventesimo; doppio caro-viv. Chiedere annunzio.

SANTARCANGELO (*Forlì*). — Due condotte; L. 8000, oltre L. 2500 per cavalc.; 10 bienni del ventesimo; 2 caro-viv.; L. 2 ogni pov. in più di 1000. Chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 30 novembre.

PARMA. *Fondazione «Francesco Bottini»*. — È aperto il concorso per l'anno scolastico 1921-22 ad una borsa di studio allo scopo di mantenere un laureando nativo di Parma in qualche centro di istruzione e di perfezionamento. La borsa, dell'importo di L. 2951, sarà versata in tre rate uguali (1º novembre, 1º febbraio, 1º maggio) a cura della Commissione esaminatrice. La domanda di concorso, su carta bollata, dev'essere indirizzata al Rettore della R. Università. È indispensabile essere nati a Parma. Per maggiori schiarimenti rivolgersi al Direttore di Segreteria.

PARIGI. *Premio Franco-Italiano della Società dei Chirurghi (fondazione Garibaldi)*. — Questo premio di 1000 franchi in contanti, sarà assegnato nel gennaio 1922 al migliore lavoro inedito o pubblicato anteriormente (ma non ancora ricompensato) sulla Chirurgia di guerra, che sarà stato indirizzato in modo speciale alla Società in vista di detto concorso.

Potrà essere assegnato ad un autore francese od italiano.

Ogni lavoro presentato dovrà essere stampato o dattilografato in due esemplari, ed indirizzato al Segretario generale della Société des Chirurgiens de Paris, 44 rue de Rennes, Parigi (VII), entro il 1º dicembre 1921.

Diffide.

Ci si comunica:

La Sezione di Reggio Emilia ha diffidato tutti i concorsi medico-chirurgici della Provincia perchè non è stato adottato il Capitolato proposto.

Le supplenze e gli interinati sono permessi a 100 lire al giorno, delle quali 30 vanno versate alla Cassa Sezionale per condurre la lotta.

Nessuno deve partecipare al concorso di *Scandiano* diffidato per la ragione che abbiamo accennato.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Apprendiamo che il gr. uff. prof. Davide Giordano, Sindaco di Venezia e chirurgo primario dell'Ospedale Civico di Venezia, è stato testè insignito della Croce al merito di guerra per l'opera di chirurgo e di scienziato prestata durante la guerra nei vari ospedali militari della zona del fronte.

Come è noto, dopo Caporetto e durante l'anno 1918, il prof. Giordano ha tenuto anche l'ufficio di Direttore interinale dell'Ospedale Civico di Venezia.

Ci rallegriamo vivamente con l'illustre professor Giordano per la nuova ambita distinzione, che rappresenta il riconoscimento della sua nobilissima opera.

D.

Il prof. Giovanni Cagnetto, Direttore dell'Istituto Anatomo-patologico dell'Ospitale Civile di Venezia, venne nominato professore di Anatomia patologica all'Università di Sassari.

D.

Il prof. comm. Emilio Di Tommasi, medico capo delle Terme Agnano, per i suoi distinti meriti scientifici, è stato insignito dal Governo francese della Croce della Legion d'Onore e nel XIII Congresso Nazionale d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica in Castellammare di Stabia per la mostra annessa gli fu conferita la medaglia d'oro con la motivazione seguente: «per la illuminata opera di direttore sanitario e per le interessanti ed originali ricerche bibliografiche».

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Il Corso Minich - Venezia

Il giorno 3 novembre, nella Sala della Biblioteca dell'Ospitale Civile di Venezia, ebbe luogo l'annuale inaugurazione del corso pratico di medicina istituito per lascito del prof. Angelo Minich. Alla presenza delle Autorità cittadine, del corpo medico ospitaliero e di moltissimi medici della città il prof. G. Fiocco, primario del riparto dermosifilopatico, tenne una conferenza sul tema: «La polizia dei costumi ed il mal franzoso sotto la Repubblica Veneta».

La conferenza comincia ricordando un primo provvedimento del 1246 che ordinava a tutti i cittadini, e specialmente ai nobili, di espellere le donne di malaffare dagli appartamenti privati. In conseguenza di ciò si crearono i primi centri clandestini ai quali il governo continua a dare spietatamente la caccia. Nel 1340 le «peripatetiche» veneziane vennero concentrate nell'isola di Rivo Alto (Rialto), ma nel 1358 vengono ufficialmente tollerate e si dispone per la sorveglianza di queste per mezzo dei capi di sestiere, e vengono vigilate con sgherri armati, e solo un giorno alla settimana possono uscire dal cosidetto Castelletto di S. Cassiano a prender aria sotto le volte sul ponte di Rialto. Il conferenziere accenna ad altre misure adottate dal Senato nei secoli successivi; misure che se pure testimoniano la saggezza civica ed il senso d'umanità della Repubblica, si rivelano però impotenti dinanzi al dilagare della corruzione. Tratta della comparsa a Venezia del morbo gallico e dei provvedimenti adottati in conseguenza. Illustra l'attività del Senato da quel tempo (1400) in poi e la creazione di istituti di cura, tra cui l'ospitale degli incurabili: parla delle cure che si facevano allora per la grave malattia e mette in rilievo le grandi benemerenze del governo in tale aspra lotta. A. DIAN.

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di perfezionamento in Clinica delle malattie nervose.

Nell'anno scolastico 1921-22 avrà luogo per i Laureati in Medicina e Chirurgia, presso la Clinica delle Malattie Nervose dell'Università di Roma al Policlinico Umberto I, un corso di perfezionamento bimestrale in Clinica delle malattie nervose.

Il corso s'inizierà il 16 gennaio 1922 e saranno impartiti i seguenti insegnamenti: prof. Mingazzini, Lezioni di clinica delle malattie nervose; prof. Mingazzini, Lezioni di anatomia clinica dei centri nervosi; prof. Fumarola, Lezioni di diagnostica e semeiotica delle malattie del sistema nervoso; prof. Ayala, Lezioni di istologia normale e patologica dei centri nervosi.

Alla fine del corso, quelli che l'avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova di esame, riceveranno un diploma di perfezionamento in Clinica delle malattie nervose.

Per essere ammesso si deve fare domanda su carta bollata da L. 1,15 al Rettore della R. Università, non più tardi del 10 gennaio 1922 presentando: Fede di nascita debitamente legalizzata dal presidente del Tribunale; Diploma o certificato di Laurea in Medicina e Chirurgia (anche di Università estere); Quietanza di L. 200 rilasciata dall'Economo della R. Università. Si dovranno pure versare nella Cassa Universitaria L. 73.90 occorrenti per sopratassa di esame di diploma, per gli esercizi di Laboratorio, per bollo e indennità. Per ritirare il Diploma gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta bollata da L. 1.15 e versare alla Cassa Universitaria L. 10.60.

Le iscrizioni si ricevono fino al 10 gennaio 1922.

Esenzione dei Sanitari dalla tassa di soggiorno.

In virtù dell'art. 3 della Legge 2 dic. 1920, n. 863, i sanitari e le loro famiglie sono esonerati dalla tassa di soggiorno nelle Stazioni climatiche e balneari.

Associazione internazionale per la protezione legale dei lavoratori.

Si è riunita in questi giorni a Ginevra la IX Assemblea dell'Associazione internazionale per la protezione legale dei lavoratori, con l'intervento, per l'Italia, del prof. Noaro, rappresentante del Governo, del prof. Alessandro Corsi e dell'avv. Foscolo Bargoni, delegati della Sezione nazionale. Erano rappresentati quattordici Stati, e anche la Santa Sede. Assisteva l'on. Alberto Thomas, direttore dell'Ufficio Internazionale del lavoro della Società delle Nazioni.

È stata trattata la questione della cooperazione col Comitato permanente internazionale per le assicurazioni sociali, che ha sede in Parigi, e con l'Associazione internazionale per la lotta contro la disoccupazione, che ha sede in Gand. I lavori si sono svolti intorno alla protezione legale dei la-

voratori dei campi e dei lavoratori dei porti, e ai principii direttivi di una indagine sulla costituzione e il funzionamento dei Consigli di fabbrica.

Sono stati posti allo studio per la riunione plenaria dell'anno venturo le questioni concernenti la protezione legale degli impiegati, della emigrazione, del lavoro a domicilio e del lavoro nelle Colonie.

L'Associazione internazionale per la protezione legale dei lavoratori collaborerà efficacemente con l'Ufficio internazionale del lavoro agitando a mezzo delle Sezioni nazionali la pubblica opinione nei rispettivi Paesi intorno ai problemi del lavoro che devono essere poi discussi dalle Conferenze internazionali annuali, ed esercitando la opportuna pressione perchè le convenzioni di Washington vengano ratificate dalle Autorità competenti in ciascuno degli Stati aderenti alla organizzazione internazionale del lavoro.

In onore del dott. Camurri.

Presso l'Ordine dei Medici di Padova venne consegnata una medaglia d'oro al dott. Vincenzo Luigi Camurri, Delegato federale della Federazione degli Enti locali della Provincia di Padova, per l'opera sapiente e fattiva spiegata nel campo economico a favore del personale dei Comuni e della Provincia.

In memoria di Gino Galeotti.

Per onorare la memoria del prof. Gino Galeotti, i suoi allievi hanno preso l'iniziativa di elevare un busto al compianto Maestro, nell'Aula di quell'Istituto, a cui Egli dedicò le energie dei suoi anni migliori. Gli amici ed estimatori dell'Estinto, che vogliano contribuire al pietoso omaggio, sono pregati di inviare le adesioni al dott. Francesco Pentimalli, Istituto di Patologia generale, Sant'Andrea delle Dame, 21 - Napoli.

Elargizioni cospicue.

La signora Maddalena Arzione ha legato all'Ospedale Maggiore di Milano lire 100,000.

La signora Cristina Garofoletti ha legato all'Ospedale Maggiore di Milano lire 100,000, gravate di usufrutto vitalizio a favore della erede, e L. 45,000 all'Ospedale Ciceri di Milano, per l'istituzione di un letto di patronato; tutt'e due i legati al netto della tassa di successione.

Istituto di Terapia sperimentale di Marburgo.

L'Istituto E. Behring, fondato a Marburgo nel 1895, ha ora assunto il titolo di «Istituto di Terapia Sperimentale», come quello fondato da Ehrlich a Francoforte sul Meno.

Verrà diretto da Uhlenhuth, il quale aveva rifiutato la successione di Flügge presso l'Istituto d'Igiene dell'Università di Berlino.

Il pastore Ast.

In un piccolo villaggio della provincia di Hannover è morto uno dei più noti ciarlatani dei nostri tempi, il «pastore Ast», còm'egli si faceva chiamare. Diagnosticava le malattie, in base all'esame di.... tre capelli strappati dalla nuca della vittima! Per il trattamento usava pozioni e pomate di sua fabbricazione. I clienti affluivano da tutte le parti della Germania e anche dall'estero, il che prova che la stupidità umana è internazionale. Era stato pastore, ma divenuto milionario, acquistò una vasta tenuta, in cui era installato.

(Dal *Journal A. M. A.*).

La carestia in Cina.

Si hanno notizie gravi sulle conseguenze della carestia in Cina, la quale interessa le provincie di Shantung, Chihli, Shansi, Shensi, Honan.

Si tratta di una popolazione di venti milioni di abitanti che non ha da sfamarsi.

Sono frequenti le morti per inanizione precedute da sindromi edematose che si mettono in rapporto con le alimentazioni inopportune a base di succedanei.

I soggetti poco resistenti vengono facilmente a soccombere per forme infettive intercorrenti, morbillo, scarlattina, difterite, meningite, vaiolo, dermotifo.

Si ritiene impossibile provvedere ad una tale massa di uomini fino al prossimo raccolto, cioè per cinque mesi.

I soccorsi si limitano ai centri principali.

(*Pathologica*, 15 ott. 1921).

La produzione di frumento.

L'Istituto Internazionale di Agricoltura informa che la produzione di frumento in Europa, esclusa la Russia, è stata quest'anno decisamente superiore a quella dello scorso anno: 11 paesi hanno prodotto complessivamente 223.6 milioni di quintali, contro 178.5. I quantitativi di segala sono stati rispettivamente di 79.1 e di 61.1 milioni.

ERNESTO DUPRÉ.

(Marsiglia 1862-Deauville 1921). Si distinse particolarmente nel campo degli studi psichiatrici. Descrisse e definì la *mitomania*, tendenza costituzionale all'alterazione della verità, alla fabulazione, alla simulazione, e vide nell'isterismo la mitomania psicoplastica, la fabulazione delle malattie. Estese i suoi studii a tutta la patologia dell'immaginazione, immenso dominio che oltrepassa i confini della psichiatria; isolò i delirii d'immaginazione e studiando i problemi psichiatrici relativi all'emozione insistè particolarmente sulla costituzione emotiva, che descrisse efficacemente. Analogamente al peritonismo di Gubler, applicò la denominazione di meningismo all'insieme dei sintomi dovuti ad irritazione delle zone meningo-corticali senza lesione anatomica apprezzabile: isolò fra certi dementi confusi il puerilismo. Sono rimaste celebri certe sue perizie psichiatriche su delitti passionali e le sue lezioni di psichiatria medico-legale.

D.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

The American Journal of Obstetrics and Gynecology. — R. W. HOLMES. Ciarlatanismo e fantasie in ostetricia. — J. L. BAER. Il metabolismo basale in gravidanza e in puerperio.

The Lancet, 1° ott. — H. JANSEN. Sulla patogenesi. — J. C. DRUMMOND e K. H. COWARD. Sulla dieta priva di grassi veri. — E. CROWFORD. Il sulfoarsenol nella sifilide congenita.

Zentralblatt für Gynäkologie, 1° ott. — R. SCHROEDER. Patogenesi e clinica del fluor vaginale.

La Presse Médicale, 1° ott. — La settimana medica di Strasburgo.

Archivio di Antropologia criminale, Psichiatria e Medicina legale, luglio-agosto. — G. VIDONI. Dismorfismi endocrini.

La Riforma Medica, 1° ott. — G. POGGIO. Sulla reazione sanguigna dei nefritici e degli uremici.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, ottobre. — Trattamento del reumatismo infantile (discuss.). Innesti ossei (discuss.). — Casistica varia.

Journal de Chirurgie, ottobre. — DUTHEILLET. Chirurgia dell'amigdala palatina.

Paris Médical, 1° ottobre. — Numero sulle malattie nervose e mentali.

Edinburgh Medical Journal, ottobre. — J. YOUNG. Un microrganismo ottenuto da neoplasie carcinomatose.

La Pediatria, 1° ottobre. — S. MAGGIORE. Immunoprofilassi del morbillo. — S. TRONCONI. Delle vitamine isolate.

Le Scalpel, 1° ottobre. — A. VAN BENEDEN. La guarigione della tubercolosi.

British Medical Journal, 1° ottobre. — G. N. DRURY, T. LEWIS, C. C. HESCU. Il solfato di chinidina nella fibrillazione auricolare.

La Medicina Ibera, 1° ottobre. — J. CODINA. La clinica del prognostico e della terapia nelle grandi ipertensioni.

Berliner Klinische Wochenschrift, 3 ottobre. — SCHULTZ-SCHULTZENSTEIN. Sulla teoria della causalità in medicina e in scienze naturali.

Medizinische Klinik, 2 ottobre. — Alterazioni della secrezione urinaria inerenti all'età.

Idem, 9 ottobre. — H. CURSCHMANN. Sulle distrofie sclerodermiche. — L. LÖWY. Azioni reciproche delle malattie interne.

La Presse Médicale, 5 ottobre. — J.-A. BARRÉ e G.-A. SHEPHERD. Tentativo di dissociazione della sindrome piramidale.

Anales del Departamento Nacional de Higiene (Buenos Aires), n. 2. — E. SCHMID. Immunizzazione dell'individuo sano contro la malaria.

Revista Medica del Uruguay, agosto. — A. ARMAND, UGON. Meningite tubercolare a inizio emiplegico.

The British Medical Journal, 8 ottobre. — W. BLAIR BELL. Difficoltà ostetriche comuni, ma spesso non viste. — V. KORENCHEWSKY. Rachitismo sperimentale.

Revista de la Asociación Médica Argentina, luglio. — B. A. HOUSSAY e A. SORDELLI. Sensibilità comparata degli animali tiroprivi all'intossicazione e all'infezione.

La Clinica Pediatrica, VIII. — M. BERGAMINI. Contributo allo studio dell'acondroplasia.

Studium, 20 sett. — I. IACONO. Sulla crisi emoclasica digestiva e sul potere proteo-pessico del fegato. — D. ISOLA. Turbato psichismo nel corso delle nefriti.

Berliner Klinische Wochenschrift, 10 ott. — A. SCHWENKENBECHER. Sulla sieroterapia antidifterica. — K. MENDEL e H. EICKE. Malattia midollare in uno stadio precoce della sifilide col quadro della siringomielia.

The Lancet, 8 ottobre. — W. G. HOWARTH. Mucocele e piocele dei seni nasali accessorî. — J. HAY. La prognosi nelle azioni rapide del cuore.

Bulletin de l'Académie de Médecine, 4 ottobre. — H. ROGERS e L. BINET. La funzione lipolitica del polmone.

Haematologica, luglio. — L. LATTES. Sui fattori dell'isoagglutinazione nel sangue umano. — G. SATTA. Sulla linfogranulomatosi addominale. — C. L. RUSCA. Sul morbo del Gaucher. — A. PERRONCITO. Sulla derivazione delle piastrine. — PENTIMALLI. Sull'intossicazione proteica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXVIII Roma, 28 Novembre 1921 Fasc. 48.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: Prof. E. PESTALOZZA.

Taglio cesareo demolitore per postumi di ventrofissazione dell'utero.

Dott. PAOLO GAIFAMI, assist. e libero docente.

Anno 1918, scheda 1761. R. C., 30 anni. Ha avuto un parto spontaneo a termine 10 anni fa. Sei anni or sono per retroflessione uterina fu operata di ventrofissazione dell'utero, nell'ospedale di S. Giacomo di Roma. Dopo l'isteropessi nessun disturbo di rilievo; nessuna gravidanza fino all'attuale, pur non essendo messo in pratica alcun mezzo antifecondante.

Ultima mestruazione regolare il 18 febbraio 1918; evoluzione della gravidanza regolare, senza dolori, senza disturbi vescicali; entra in clinica il 16 dicembre, inviatavi dal suo paese (Olevano) perchè, pur essendosi iniziato il travaglio da 4 giorni, il parto non aveva affatto progredito. Le membrane si erano aperte spontaneamente 4 giorni fa, cioè all'inizio dei dolori, i quali, molto vivaci dapprima, come in un parto normale si erano poi al 2° giorno fatti più rari e più fiacchi; i movimenti attivi del feto furono percepiti fino a ieri; da allora mancano; la temperatura pare sia stata sempre normale. All'ingresso in clinica: condizioni generali buone; temperatura 36,8; polso 88; addome espanso come per gravidanza a termine con predominio nei quadranti inferiori, l'utero disposto col suo maggior asse trasversalmente, a pareti molto tese, dolenti alla pressione; feto in situazione trasversale con la testa a destra formante una salienza poco sopra la cresta iliaca, già riconoscibile alla ispezione; negativa la ricerca del battito cardiaco fetale. Sulla linea mediana dell'addome estesa cicatrice sottombelicale, per la pregressa fissazione dell'utero. All'esame vaginale: collo uterino tutto stirato molto in alto e indietro sopra al promontorio, nessuna parte presentata percepibile; manifesta aderenza della cicatrice addominale alla parete uterina.

Dato questo reperto e dato il precedente operatorio; data la nessuna efficienza avuta fino allora dal travaglio di parto pur prolungatosi oltre la norma, risultando manifestamente destinato all'insuccesso ogni intervento per via vaginale, poichè il collo era quasi irraggiungibile, si decide d'intervenire per via laparotomica (operatore dott. Gaifami).

Narcosi cloroeterea. Incisione della parete addominale parallela un po' a sinistra dell'antica cicatrice; aperto l'addome si trova che in basso e sulla linea mediana la parete uterina è per lungo tratto tenacemente adesa all'addome, mediante uno zoccolo fibroso largo circa 1 centimetro; per lo sviluppo che l'utero assume superiormente e ai lati di questa zona di aderenza sembrerebbe che fissata alla parete addominale fosse la parte bassa del corpo ed il segmento inferiore dell'utero; di questo è manifesta la espansione predominante in senso trasversale specialmente verso destra.

Staccate con forbici le aderenze fibrose utero addominali, poichè queste sembravano inte-

ressare solo una zona ristretta quasi lineare dell'utero, si pensa di potersi limitare ad una cesarea conservatrice.

Estrinsecato l'utero dall'addome, si resta colpiti dal cambiamento di forma e direzione del viscere; non più col maggior asse in senso trasversale, ma invece in senso longitudinale e corrispondentemente la preesistente presentazione di spalla diventa una presentazione cefalica.

Taglio trasverso sul fondo alla Fritsch, dopo aver circondato il viscere con una garza impregnata di etere; estrazione del feto (con i caratteri della morte recente); estrazione degli annessi ovulari, sutura della breccia.

Ma si constata a questo punto un mutamento notevole nella estensione e nella sede delle aderenze; si riconosce cioè ad utero vuoto che la pregressa fissazione addominale aveva interessato la parte alta della faccia anteriore del corpo e il fondo dell'utero in modo un po' obliquo portandosi verso l'angolo destro fino alla faccia posteriore: la diversa apparenza ad addome appena aperto e ad aderenze intatte era quindi dovuta all'essersi determinato uno sviluppo sacciforme a carico della parete uterina non fissata. Ma sopratutto interessò l'osservare che all'estremo superiore restava ancora un ristretto zoccolo di tessuto fibroso a rappresentare la base della aderenza utero-addominale incisa, in tutto il resto invece pare quasi che la base d'impianto uterina si sia aperta, divaricata ampiamente, risultando così che quasi tutta la faccia anteriore dell'utero è sprovvista di rivestimento peritoneale ed è invece tutta cosparsa da lacinie fibrose variamente spesse, alcune un po' sanguinanti (1). Pare perciò imprudente seguitare nella prefissaci terapia conservatrice e si procede alla istero-annessiectomia subtotale.

Eterizzazione dell'addome (1). Il peduncolo del collo viene trattato extraperitonealmente e drenato traverso l'angolo inferiore della ferita.

Risveglio facile, condizioni generali buone; nei primi due giorni modica febbre (massimo 38,4), poi apiressia. Per alcuni giorni secrezione fetida dal drenaggio del peduncolo; medicazioni con liquido di Dakin, rapida granulazione. Il 2 gennaio 1919 (17° giorno dell'operazione) la donna lascia la clinica guarita.

***

Oltre questo caso di osservazione personale ampiamente descritto si ebbero nella clinica altri tre casi analoghi negli ultimi anni: A. 1914 Sch. 1271; A. 1915 Sch. 765; A. 1920 Sch. 153.

In tutti tre i casi era preceduta una ventrofissazione dell'utero molti anni prima; c'era stato un lungo periodo di sterilità involontaria; la gravidanza era decorsa senza sofferenze di rilievo, ma il parto fu impossibile per le vie naturali e si dovette sempre ricorrere al taglio cesareo demolitore: all'intervento si rilevò tutte tre le volte uno sviluppo sacciforme della parete posteriore dell'utero. Questo stesso reperto vedemmo anche in un caso in cui il T. C. era indicato da una viziatura pelvica (1920 Sch. 2358) e nel quale la ventrofissazione era stata accidentale, rappresentando un postumo di un pregresso T. C. addominale classico.

Ora nel succedersi di questi casi sta la giustificazione a renderli noti per insistere ancora una volta su quello che è ormai precetto accettato da tutti nel campo ostetrico-ginecologico di evitare assolutamente qualunque modalità di ventrofissazione dell'utero nell'età feconda. Tale precetto è meno fedelmente seguito nel campo della chirurgia generale ed i quattro casi da noi osservati erano stati appunto operati da chirurgi generici. Ed è di ieri proprio, e in questo stesso giornale (2),

(1) Le descritte modificazioni uterine svoltesi per così dire sotto gli occhi dell'operatore meritano di essere messe in rilievo come dimostrazione della plasticità dell'utero: questo infatti appena liberato dalla parete addominale a cui era vincolato col suo fondo si retrae nella sua parete posteriore già sede dell'espansione sacciforme e si espande invece in quella zona che vincolata dalle aderenze non aveva potuto fino allora partecipare alla distensione gravidica; ne derivano due fatti: quello che sembrava uno zoccolo ristretto di tessuto cicatriziale diviene una larghissima zona sanguinante così da farci cambiare il piano operatorio prima propostoci; e la forma dell'utero prima ovoide in senso trasversale si muta in modo che assistiamo alla sostituzione della presentazione di spalla con quella cefalica.

Una descrizione accurata di un caso simile sotto questo punto di vista ci dà il Bidone, riferendo di una donna già operata di ventrofissazione, con feto in presentazione di spalla, parto non progredente affatto: laparotomia — distacco delle aderenze. — In quel caso il parto si lasciò poi a sè, con esito in craniotomia su feto premorto.

(1) Da parecchi anni ormai si ricorre in clinica a questa pratica nelle laparatomie non sicuramente asettiche ed abbiamo ragione di lodarci dei risultati avuti specialmente nelle annessiti. Una relazione dei casi ginecologici e ostetrici in cui fu usata, con ricerche anche sperimentali e la letteratura sull'argomento, fu comunicata nell'ottobre 1920 da Scontrino all'ultimo Congresso della Società Italiana di ostetricia e ginecologia (vol. XX, pag. 339).

(2) E. BUSSA LAY. *Il Policlinico*, Sez. chirurgica, 1921, n. 2. Questo A. (pag. 47) classifica poi per equivoco il processo di isteropessi pelvica di Pestalozza fra le ventrofissazioni, mentre nello stesso nome di pelvica, il Pestalozza aveva appunto voluto significare il pregio fondamentale del processo, che concedendo all'utero una discreta mobilità lo mantiene entro il bacino.

una pubblicazione in cui si riporta un parto normale a termine in una operata di ventrofissazione uterina, quasi se uno o pochi casi ad andamento favorevole potessero togliere valore a tutta la enorme casistica accumulatasi sull'argomento, così copiosa da far introdurre nei trattati di ostetricia un nuovo capitolo di distocia (1).

Capitolo che si è andato via via riducendo appunto dopo che per opera dei ginecologi si è venuto imponendo il concetto di non dimenticare la funzione dell'organo negli interventi su di esso e sopratutto negli interventi volti alla sua statica.

La esperienza fatta negli anni in cui fu in voga la ventrofissazione fu così larga e documentaria da non lasciare esitazioni; ed è classica la statistica del Bidone (2); su 24 operate di ventrofissazione alla Fritsch nella clinica chirurgica di Bologna 10 restarono sterili, due sole ebbero parti spontanei, una ebbe una gravidanza extrauterina, quattro furono operate di taglio cesareo e due di laparotomia nel corso della gravidanza per distaccare le aderenze (3).

Ben suggestivo il confronto coi risultati funzionali conseguiti dopo la adozione di metodi più fisiologici, più ginecologici si potrebbe dire, per la correzione sia della retroflessione che del prolasso, quali sono tutti quelli che si propongono di lasciare l'utero nella sua sede normale e di concedergli quella mobilità che gli è necessaria per la sua funzione.

A questo requisito fondamentale rispondono anzitutto i metodi innumerevoli che si propongono l'accorciamento dei legamenti rotondi, sia per via inguinale che per via vaginale o per l'addome (1); ma risponde sopratutto ottimamente la isteropessi pelvica di Pestalozza (2), in cui l'ufficio di mantenere l'utero in antiversa flessione è affidato a un lembo peritoneale scollato a livello della piega vescico-uterina.

Data la larga esperienza ormai fatta di questo processo sia nella clinica di Roma che per parte di altri operatori, dati gli ottimi risultati funzionali avuti (3), crediamo che la isteropessi pelvica debba ancor più diffondersi e a tale scòpo riportiamo le linee principali del metodo con le modificazioni suggerite dalla esperienza di questi anni:

L'incisione addominale preferita è quella di Pfannenstiel, ridotta nelle sue dimensioni: nelle retroflessioni semplici basta una incisione di 4-5 cm. quanto è sufficiente per passare due dita; alla incisione mediana si ricorre più volentieri quando coesistano lesioni infiammatorie annessiali rilevanti. Ridotto l'utero in antiversoflessione viene sostenuto con un filo passato profondamente nello spessore del miometrio a livello del fondo sul margine posteriore di questo; tenendo teso il filo mentre con un piccolo divaricatore si stira in basso la estremità inferiore della ferita addominale, viene messa in evidenza la piega peritoneale vescico-uterina; la si afferra con una pinza uncinata sollevandola e trovato il punto superiore in cui il distacco è facile si dà qui un colpo di forbice; il lembo peritoneale inferiore viene afferrato con una Pèan e stirato in alto mentre si scolla colle dita il tessuto ai lati e in basso (l'indice e il medio sono prima introdotti uniti nella breccia e poi gradatamente divaricati fino a isolare la pagina anteriore del legamento largo mettendo in basso a nudo la faccia anteriore dell'istmo). Lo scollamento riesce facile ed esteso nelle donne che abbiano partorito; un po' più limitato talora nelle nullipare; alla faccia profonda del lembo restano aderenti delle fibre muscolari che lo rinforzano e bisogna evitare di scolpirlo troppo sottile perchè in tal caso la sua resistenza sarebbe troppo scarsa. Di solito non si produce

---

(1) Una larga bibliografia vedesi in: GUICCIARDI: *Indicazioni meno comuni al taglio cesareo.* Firenze, Paggi, 1903. Estesa trattazione è pure nel Trattato di Ostetricia di Cuzzi-Pestalozza (Patologia ostetrica).

(2) Atti Soc. Ital. Ost. e Ginecologia, 1897 e 1898.

(3) Anche indipendentemente dalla facile sterilità, dalla frequenza di aborti, dalla frequenza e gravità delle distocie, la ventrofissazione è causa spesso di sofferenze e più volte ci è occorso di dover intervenire per le molestie residuate a codesto intervento, p. e. nel 1920 nei casi n. 460 (D. C.) e 505 (C. C.); la prima era stata operata per prolasso e questo era recidivato, producendosi come accade in queste contingenze un allungamento ipertrofico del collo e provocando dolori vivi mestruali; nella seconda la ventrofissazione erasi istituita accidentalmente dopo un taglio cesareo classico.

---

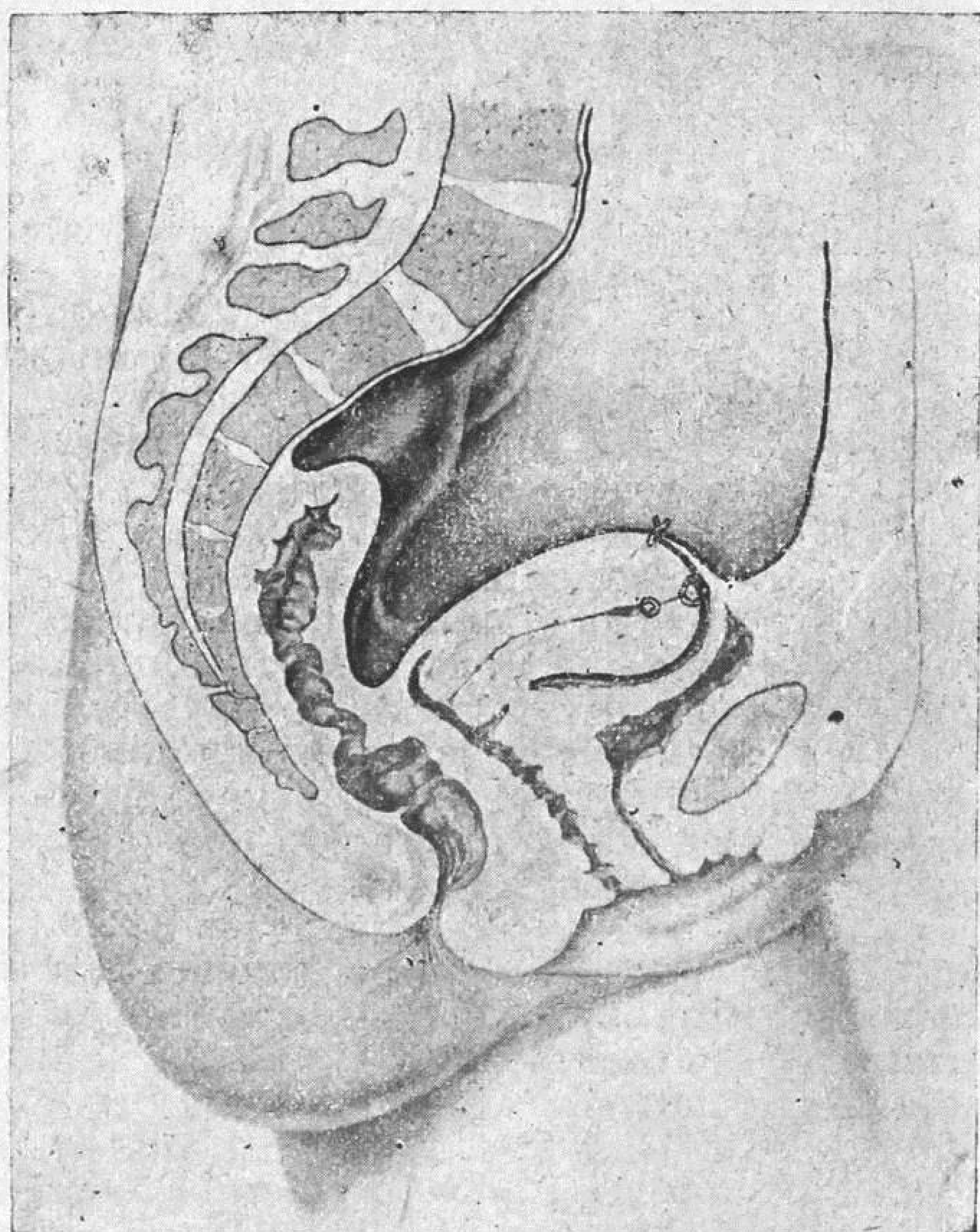
(1) Una completa rassegna di tali accorgimenti trovasi in ALFIERI: *Folia Gynaecologica*, 1911, vol. V, f. 3, pag. 443; dove è anche illustrato un ottimo metodo personale dell'A.

(2) Atti Soc. Ital. Ostetricia, 1906 e 1912.

(3) Il dott. Cuzzi comunicò al Congresso della Soc. It. di Ostetricia (Pavia, 1920) i risultati a distanza su 275 casi: di 121 donne rimaste gravide 8 ebbero aborti, 5 parti prematuri, e le altre 107 partorirono a termine; una proporzione non diversa che di norma. Vi fu un solo caso di grave distocia, di cui sarà riferito più avanti. E va anche notato il risultato soddisfacente nella cura della sterilità: invero su 43 operate per questa indicazione prevalente ben 23 rimasero gravide dopo la isteropessi. Recidive se ne ebbero 7 volte e non complete, in quattro di esse c'erano state interposte delle fasi gravidiche.

emorragia; di raro occorrono uno o due punti emostatici.

Preparato così il lembo peritoneale, si armano con aghi i due capi del filo già passato nelle carni dell'utero e si fissa con esso la parte mediana del lembo. L'utero resta già ora sospeso in posizione corretta; se ne completa la fissazione con altri punti laterali, di solito due per lato, i quali fanno sì che tutto il fondo uterino sia incappucciato dal peritoneo (1); i due punti estremi per lo più si fanno passare dai legamenti rotondi all'estremo terminale del lembo in modo da togliere ogni recesso che potrebbe dar passaggio ad ernie.



Nella chiusura dell'addome, specialmente se coesista prolasso vaginale e sopratutto cistocele, viene usato un artifizio di tecnica che serve a stirare in alto la vescica per l'intermezzo dell'uraco: e cioè, chiuso il peritoneo parietale con la sutura continua, la estremità inferiore di questa viene stirata in alto e fissata alla faccia profonda delle fascie nel punto più alto dello scollamento di esse.

Il processo di isteropessi pelvica dà non solo ottimi risultati nella cura della retroflessione, ma viene usato come atto complementare nella cura del prolasso uterino (1); essa rappresenta un tempo necessario tutte le volte che l'utero sia in retroversione. Si sa che questo vizio di posizione dell'utero facilita la discesa di esso in vagina; da ciò la necessità di non omettere la sua correzione; e questa riesce ottimamente con la isteropessi pelvica. Tanto più che con essa viene annullato lo sfondato vescico-uterino, elemento non senza valore per il risultato a distanza; e sopratutto perchè la isteropessi può essere accentuata in modo da esagerare la antiversione uterina, fissando il lembo peritoneale molto in basso sulla faccia posteriore dell'utero a livello del collo; per tal modo si ottiene di sollevare in alto la vescica dandole come sostegno il corpo dell'utero, qualche cosa di simile a ciò che si proponeva il Wertheim con la sua operazione della interposizione utero-vescico vaginale. Con questo vantaggio, che mentre la operazione di Wertheim è indaginosa, richiede virtuosismo tecnico non comune, e non è scevra da pericoli, la isteropessi pelvica è operazione semplice, alla portata di ogni operatore, e su centinaia di casi non ha mai dato alcun caso di morte.

Ben si intende che la esagerazione della antiversione dovrà essere limitata ai casi in cui sia esclusa la possibilità di una gravidanza. Ed è anzi questo avvertimento da tener presente ogni volta si intervenga nella età feconda: « non portare mai il lembo peritoneale troppo indietro, ma limitarsi a fissarlo al fondo uterino ». In caso diverso potremmo avere delle sorprese nel parto, come in un caso di osservazione personale che mi par bene riferire anche da un altro punto di vista: quello della solidità della fissazione per quanto essa resti circoscritta al margine del lembo peritoneale. Era questa constatazione che aveva reso dubitoso l'Alfieri (2) sulla solidità della isteropessi,

(1) Del lembo peritoneale vescico-uterino così preparato ci si serve ottimamente ogniqualvolta sia utile peritonealizzare la superficie uterina p. e. nelle retroflessioni fisse in cui il distacco delle aderenze abbia lasciata sanguinante la sierosa, o dopo la miomectomia, ecc. Questa pratica già in uso nella clinica di Roma da tanti anni fu comunicata dal Pestalozza alla R. Accademia Medica nel luglio 1921. Inseriamo qui una figura schematica che oltre dimostrare codesto impiego, dà una chiara idea del modo di agire della isteropessi pelvica.

(1) Nè è da credere che in questi casi la ventrofissazione raggiunga migliori risultati, chè anzi molte volte vedemmo riprodursi il prolasso non ostante la più tenace fissazione addominale; si produce allora spesso un allungamento ipertrofico del collo.

(2) *Folia Gynaec.*, vol. V, f. III, pag. 466: l'A. che era stato il primo ad esperimentare il processo di Pestalozza afferma che i suoi primi entusiasmi si sono smorzati in seguito « sopratutto dopo avere constatato in una paziente sottoposta ad isterectomia dopo un anno dalla subita operazione di Pestalozza, quanto poco salde siano le aderenze che il lembo peritoneale contrae e come un reale saldamento non avvenga che lungo la linea di sutura al fondo uterino ».

La constatazione dell'A. trova conferma nel caso che sopra si riferisce; ma non è sufficiente a negare il risultato ortopedico, come del resto

ma, come del resto dal suo stesso caso, si potrà dedurre infondato codesto dubbio dalla osservazione personale che sommariamente riferisco.

Si tratta di una signora operata due anni prima di isteropessi pelvica e che in travaglio di parto, insorto presso al termine, presentò una distocia complessa per metrorragia da placenta previa, con presentazione di spalla e spostamento posteriore del collo per esagerata antiversione uterina. (Anno 1919, sch. 1464).

Si intervenne per via laparotomica (operatore: dott. Gaifami) col taglio cesareo; durante l'intervento si rilevò che la parete posteriore dell'utero aveva un modico sviluppo sacciforme (1); si rilevò anche che il lembo peritoneale della isteropessi era saldato per tutto il suo contorno alla faccia posteriore dell'utero, dietro al fondo e la aderenza era esclusivamente lungo il margine del lembo, tanto che fu agevole, dopo estratto il feto, di ridurre la esagerata antiversione uterina distaccando il lembo dalla sua inserzione e fissandolo più in basso a livello del fondo uterino.

Il caso ora riferito mi pare un documento dimostrativo a un tempo: I) degli inconvenienti che si possono avere anche con la isteropessi pelvica quando, nella età feconda, si fissi il lembo peritoneale troppo indietro esagerando la antiflessione; II) della solidità della fissazione nonostante che le aderenze si stabiliscano solo a livello del margine del lembo.

E l'ammaestramento clinico primo non deve andar perduto, pur senza che venga sminuita la fiducia nostra nella isteropessi pelvica. Si tratta di casi eccezionali, dovuti più che al metodo ad errori nella sua esecuzione: è bene renderli noti per evitarne la ripetizione.

Non altrimenti ci è parso opportuno rendere noti i casi ben più numerosi (5 in pochi anni) e ben più gravi (in tutti fu necessario il taglio cesareo demolitore) di distocia seguente alla ventrofissazione uterina. Convinti assertori del precetto, dominante incontrastato nel campo ostetrico-ginecologico: «*essere la ventrofissazione in tutte le sue modalità la più irrazionale delle pessie uterine*», perchè immobilizza l'organo in una sede troppo diversa dalla normale, facendolo divenire extra-pelvico; testimoni troppe volte dei disturbi funzionali che possono seguirne (dismenorrea, sterilità, aborti, distocie) ci pare aver fatto opera non inutile mettendo ancora una volta in guardia contro codesti metodi operatorii.

Sopratutto, per così dire, quasi a guisa di risposta alla comunicazione recentissima del chirurgo Bussa-Lay, il quale, se pur «non vuole elevare una legge che regoli genericamente la condotta del chirurgo di fronte alle deviazioni dell'utero o al prolasso genitale», è però pago (e si intravvedono le sue simpatie e forse il consiglio larvato) «di aver portato un nuovo elemento a contributo di quelle statistiche che dànno come possibile l'espletazione del parto in utero ventrifissato».

Sicuro. Nessuno nega questa possibilità, ma poichè si tratta di casi eccezionali, così da ritenerli degni di pubblicazione, non si deve esagerarne la importanza pratica. Un caso felice non può distruggere una trentennale esperienza, facendoci fare un salto a ritroso nella terapia ginecologica. Tanto più che non mancano ormai altri processi operatorii, ugualmente e più efficaci dal lato statico, e per i quali gli insuccessi funzionali sono assolutamente una eccezione. Fra di questi ottima è certo la isteropessi pelvica e perciò ci è sembrato utile concorrere alla sua diffusione, nello stesso tempo che ci era dato di attirare ancora una volta la attenzione del chirurgo sui pericoli legati alla ventrofissazione dell'utero.

DOTT. C. MUZIO

---

faceva osservare il Pestalozza nel congresso di Napoli (1912), (vol. XVII degli Atti, pag. 95) rispondendo appunto all'A. che il suo caso stesso dimostra non esser necessaria una estesa aderenza ad assicurare il risultato della operazione, ritenendo inoltre che il provocare una più estesa e tenace aderenza del lembo alla parete anteriore dell'utero potrebbe in caso di ulteriori gravidanze turbare il libero sviluppo dell'uovo.

(1) Nella esecuzione del secondamento si trovò che la placenta era inserita sulla parete anteriore; il che ci induce a pensare che per la genesi della placenta previa non sia stata senza importanza la esagerata antiflessione con lo sviluppo sacciforme della parete posteriore: invero, inseritosi l'uovo sulla parete anteriore, e questa non essendo libera di espandersi, la placenta pur nel suo accrescimento regolare finì più facilmente per avvicinarsi all'orifizio uterino.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un caso di eresipela migrante trattato con iniezioni di " fenolo ".

Dott. COSTANZO ARRIGONI, medico chir. condotto.

I casi di eresipela del volto e del cuoio capelluto si presentano con relativa frequenza all'esame del medico e di solito hanno decorso piuttosto benigno, tanto da non richiedere speciale trattamento curativo.

Però, se richiamiamo alla mente l'etiologia della risipola, cioè che questa è dovuta ad una infezione locale della pelle per opera dello « streptococco piogeno » e della sua diffusione e che s'inizia da piccole soluzioni di continuo, come lievi escoriazioni, ragadi, graffiature al naso, al padiglione dell'orecchio o ad altri punti della faccia o della cute del capo, noi possiamo facilmente renderci ragione dell'eventuale sopravvenienza ad essa di gravi complicazioni.

C. M. di Carlo, maritata G., di anni 35, casalinga, domiciliata in Cavenago d'Adda (Milano).

Nulla d'importante nell'anamnesi personale. Non tubercolosi, non sifilide.

Il 5 gennaio 1914, alla mia prima visita, presentava il dorso del naso, il suo lato sinistro e tutta la zona limitrofa, la guancia, assai edematosi; la pelle di colorito rosso-paonazzo, tesa, liscia, lustra; calda e dolente al tatto. La parte colpita era circoscritta da un margine netto e palpabile perchè rilevato, a guisa di cordoncino. Da questo partivansi piccole strie rosse, linfangioitiche, segno della tendenza del processo ad estendersi. Le ghiandole sottomascellari ed alcune cervicali di sinistra erano tumefatte e dolorose alla pressione anche leggera.

La donna raccontò che tre o quattro giorni innanzi avendo nel naso un'escara se l'era tolta, grattando e graffiandosi con le unghie delle dita. Di qui partì l'infezione che cominciò con qualche brivido, con malessere generale, inappetenza, dolori di capo a tipo lancinante e bruciore di gola, specialmente nell'atto del deglutire.

Non ebbi dubbio, nè difficoltà a conoscere l'infezione eresipelatosa della faccia. Siccome l'ammalata aveva febbre alta (39°), oltre il riposo assoluto a letto, ordinai alcune polveri antitermiche ed insieme antinevralgiche. Prescrissi una pomata a base d'« ittiolo », da applicarsi più volte nella giornata, per unzioni sulle parti colpite, seguite da impacchi caldo-asciutti. Dieta liquida, corroborante; vescica di ghiaccio sul capo, somministrazione di frequenti bevande fredde.

Ma la risipola, nei giorni successivi, andò gradatamente estendendosi in tale modo da invadere completamente il volto e tutto il cuoio capelluto fino alla nuca, sicchè si dovè procedere alla rasura dei capelli.

La tensione ed il turgore delle pareti erano accentuatissime e più alle palpebre dalla cui rima, perfettamente chiusa, usciva un umore d'aspetto muco-purulento.

Sulla faccia si scorgevano diverse vescicole della grandezza press'a poco di un chicco di grano, splendenti e ripiene di liquido citrino, simili a delle vere e proprie flittene.

Fra queste, come al cuoio capelluto, mi fu dato d'osservare la formazione di qualche pustola a carattere icoroso.

Ebbi inoltre a rilevare che mentre nelle regioni per le prime colpite l'infezione migliorava e scompariva diffondendosi in altre zone accanto, migliorando e scomparendo da queste, si rimanifestava in quelle.

Ma lo stato generale dell'inferma era, per sintomatologia, più imponente. La curva termica aveva il tipo di una febbre remittente, con elevazioni accentuate fino a 41°, preannunziate da intenso brivido e seguite, dopo qualche ora, da notevolissimo abbassamento dietro profuso sudore, fino a raggiungere la norma o poco più (37°.5).

Questo modo di comportarsi della temperatura era irregolare durante la giornata; si avevano cioè più innalzamenti avvicendati da abbassamenti.

In relazione con la febbre constatai disturbi funzionali del cuore. Il moto di questo viscere era disordinato ed assai frequente (fino a 150 battute al m'), il polso frequentemente irregolare, ineguale e piccolo, assai compressibile. Lieve cianosi delle mucose visibili.

Respirazione dispnoica, 36 atti al m'.

La donna si presentava talora prostrata, astenica; talora in preda a grande inquietudine e smania, sì da non trovar posa.

Accusava fortissima cefalea e dolori vaganti per le ossa ed alle giunture, secchezza della lingua, inappetenza, replicati conati di vomito.

Rilevai altresì uno stato di semicoscienza e più spesso di delirio marcatissimo.

V'era erpete labbiale non solo; ma la lingua ed il cavo orale apparivano tappezzati da chiazze di mughetto. Persistevano in grado considerevole le tumefazioni e la dolenzia delle ghiandole sottomascellari e cervicali d'ambo i lati.

Nulla di particolare riscontrai all'esame degli organi toracici. Lo stomaco ed il fegato trovavansi nei limiti fisiologici, mentre la milza si palpava distintamente al di sotto dell'arcata costale di sinistra e di consistenza molliccia. Non mi sfuggirono però, sulla pelle del tronco ed anche delle coscie, alcune suffusioni emorragiche, puntiformi.

Urine scarse, concentrate, torbide per abbondanti fosfati. Albumina in quantità: coll'Esbach ebbi il 10 ‰. Presenza notevole di eritrociti. Non glucosio.

Alvo diarroico. Perdeva senz'avvedersene feci ed urine.

Mi persuasi che all'infezione eresipelatosa locale aveva tenuto dietro un'infezione settica generale.

Posta la diagnosi di setticemia streptococcica, il mio prognostico fu di estrema riserva.

Il 13 di gennaio volli sperimentare la cura con i rimedi eroici per via intramuscolare.

Sapendo che fra i mezzi terapeutici consigliati a combattere l'eresipela e per impedirne la sua invasione s'indicano anche le iniezioni di soluzione fenica al 2 % tutt'attorno al focolaio morboso (Hueter), pensai di ricorrere

a questo farmaco, ma applicato a debellare invece la forma settica generale.

Le regioni prescelte per le punture furono le glutee ed il 13 di gennaio cominciai ad eseguirle. Introdussi tre siringhe, della capacità di un cc., di soluzione per volta e per cinque volte consecutive, ma con l'intervallo di tre ore fra l'una e l'altra. Contemporaneamente non trascurai di praticare delle iniezioni di cardiocinetici, quali l'olio steriliz. canforato al 20 % e la caffeina. Per via orale feci dare a cucchiai, ogni due ore, un infuso all'1% di foglie di digitale. Per il resto, solite cure.

Il giorno seguente ripetei le iniezioni ed esaminai le urine. Non osservai un colore verde scuro di esse, che sarebbe stato ad indicare l'assorbimento di una quantità troppo forte di fenolo. Questo nell'organismo può subire una ossidazione e trasformarsi in pirocatechina ed in idrochinone, i quali compaiono nelle urine accoppiati con l'acido solforico e con l'acido glicuronico. Nelle urine, dopo la loro emissione, la pirocatechina e l'idrochinone vengono scissi delle loro combinazioni mercè un processo di fermentazione e, ossidandosi all'aria, determinano il colore verde-scuro.

Trovai una diminuzione del tasso albuminurico, mentre la quantità delle urine era di poco aumentata. Durava la presenza dei corpuscoli rossi. Ogni giorno continuai le iniezioni ed ogni giorno mi fu dato di rilevare, nelle condizioni generali della paziente, un lento, ma graduale progressivo miglioramento. Le urine furono oggetto di una mia attenta e costante sorveglianza. Così vidi, a poco a poco, decrescere l'albumina ed aumentare la loro quantità. In breve scomparvero i corpuscoli rossi. La temperatura discese, nè più si presentò a sbalzi; cessarono i delirii, il sensorio si fece più integro; l'ammalata cominciò a gradire il cibo, mentre notai il dileguarsi del mughetto. Il polso divenne più ritmico, meno frequente, più pieno. Vomito e diarrea scomparsi. L'eresipela regredì, dando luogo ad una leggera desquamazione. Le suffusioni emorragiche constatate sulla pelle del tronco e delle coscie impallidirono, riassorbendosi.

Il 23 gennaio cessai le iniezioni di fenolo perchè le urine mi mostrarono un accenno alla colorazione verde-cupo. Però l'ammalata potevasi ormai considerare in periodo di convalescenza. Nelle urine, abbondanti e limpide, l'albumina rilevavasi in traccia: la febbre era cessata, la milza non si riusciva più a palpare; con la percussione si fissava nei limiti normali. Polso regolare, ritmico, valido. Il 30 del detto mese l'abbandonai perfettamente guarita.

Per concludere:

Sono convinto che la donna, di cui ho esposto con dettaglio e con precisione la storia clinica, dovè la sua salvezza alle iniezioni di fenolo, perchè il miglioramento si manifestò subito dopo le prime somministrazioni e con le successive si mantenne costante e progressivo fino alla guarigione.

San Zenone al Po (Pavia), agosto 1920.

OPERE CONSULTATE.

1. A. LUSTIG. *Patologia generale*, vol. II.
2. G. BANTI. *Anatomia patologica*, vol. I.
3. A. STRÜMPELL. *Patologia speciale medica. Acute da infezione.*
4. G. LESSER. *Malattie cutanee.*
5. H. TILLMANNS. *Patologia speciale chirurgica*, vol. I e II.
6. G. LEUBE. *Diagnostica differ.*, vol. II.
7. G. GAGLIO. *Farmacologia e terapia.*
8. G. MÓGLIE. *Ricettario ragionato e terapia pratica.*

POLICLINICO «UMBERTO I» IN ROMA.
Reparto Isolamento.
Direttore prof. A. CARDUCCI.

La terapia della pustola carbonchiosa nell'uomo

per il dottor REMO MONTELEONE, assistente.

Malgrado l'uso su vasta scala dei vari sieri anticarbonchiosi avesse rapidamente dimostrato insostenibile l'asserzione del Lejars «della scarsa utilità del siero derivante dalla troppo piccola sua attività», malgrado cioè, per l'universale esperienza, dominasse incontrastata per decenni la terapia specifica del carbonchio, negli ultimi anni vari osservatori, riesumando vecchi mezzi di cura già relegati negli archivi e introducendone dei nuovi, tentano infirmare il valore della sieroterapia anticarbonchiosa.

Così vediamo, da isolati pseudo successi terapici, cercare di fare assurgere nuovamente a metodo di cura l'acido fenico, la tintura di iodio, il sublimato polverato, l'incisione, la preistorica punta di fuoco ed in Francia le culture piocianiche sterilizzate. Ho detto *isolati* in quanto si tratta in genere di uno o due o tre casi sporadicamente trattati e guariti coll'uno o l'altro sistema curativo; ho aggiunto *pseudo successi* in quanto l'esperienza mostra che non poche volte la pustola carbonchiosa guarisce spontaneamente senza cura alcuna.

Il fatto della guarigione spontanea della pustola maligna non può, malgrado l'opposizione di singoli autori, revocarsi in dubbio, nè può ciò far meraviglia quando si pensi alla iniziale sede circoscritta della lesione ed alle naturali valide barriere che l'organismo rapidamente oppone ai germi. A me stesso nei trentasei casi di carbonchio, in quattro mesi osservati, è stata data l'opportunità di constatarlo in più di un caso di pustola carbonchiosa bene accertata.

Se a ciò aggiungiamo il numero cospicuo di guarigioni ottenute con mezzi assai semplici

(Becker con il semplice riposo a letto ed impacchi di alcool dice di avere ottenuto 32 guarigioni su 33 casi!) rimane fuor di discussione che il caso o i due casi riportati dai singoli autori, possano interpretarsi come guarigioni spontanee.

In Francia L. e F. Fortineau, ripetendo esperimenti già fatti da Bouchard, Voodhead, Chturight Vood affermano di avere ottenuto risultati terapeutici lusinghieri nella affezione in discorso con iniezioni di culture piocianiche sterilizzate. Una iniezione, al massimo due, sarebbero sufficienti: a conferma gli AA. portano una statistica del 90 % di guariti. La mortalità del 10 % avuta con tale sistema non mostra davvero la bontà del metodo in quanto tale cifra di insuccessi oltrepassa notevolmente non solo quelle risultanti dalla sieroterapia anticarbonchiosa, ma anche quelle derivanti dalle cure con acido fenico od altro.

V'è di più: se in un certo numero di casi, acido fenico, sublimato, iodio, caustici, ecc., risultano inutili perchè la natura beneficamente già agisce per proprio conto, in tutti i casi si può correre l'alea di ingenerare danni più gravi.

L'incisione della pustola iniziale carbonchiosa col bisturi, la sua escissione sia col tagliente, sia col termocauterio, non fanno che aprire larga e facile via alla setticemia.

È assurdo pensare che cospargendo del bicloruro di mercurio in polvere su di una sezione cruenta, esso non possa assorbirsi e dar luogo all'avvelenamento dell'organismo!

Consideriamo l'azione del caustico attuale: da tutti è ammesso che il ferro rovente distrugge le barriere formatesi *in loco;* da tutti è riconosciuta l'azione deturpante del fuoco, e la inevitabilità di postume cicatrici deleterie specialmente se sulle palpebre e sulle guancie, in quanto la pustola nella quasi totalità dei casi trovasi su parti abitualmente scoperte. Secondo alcuni il ferro rovente sarebbe utile perchè direttamente agendo sui germi li distruggerebbe: è il colmo pensare che la cauterizzazione possa riuscire ad uccidere tutti i germi penetrati nell'organismo! Nell'edema che circonda la pustola — spesso di notevolissima estensione — possono dimostrarsi bacilli carbonchiosi nella sierosità del l'estrema periferia della zona colpita. L'azione del caustico attuale è dunque dimostrata nociva, purtuttavia la prima arma che il medico brandisce contro il carbonchio, è il ferro rovente. È di una monotonia desolante l'anamnesi dei carbonchiosi inviati nei reparti specializzati: quasi all'unisono essi malati narrano di aver notato, a più o meno lunga distanza di tempo, in una delle regioni del viso e del collo, un foruncolo: spesse volte, pur considerato il fatto, non vi hanno dato peso, finchè aggiungendosi al foruncolo una notevole infiltrazione, spontaneamente, o per consiglio di amici o parenti, ricorrono al medico il quale esamina, diagnostica, e pronto, prende una chiave, un chiodo, ecc., arroventa e brucia: il gonfiore si estende rapidamente nelle ore successive, persiste il giorno dopo: una nuova visita del medico, nuova causticazione: altre poche ore di osservazione ed il malato in tutta fretta viene inviato nella più vicina città.

Poichè il caso mi ha fatto in periodo non lungo osservare numerose volte l'affezione in discorso nell'Isolamento di questo Ospedale voglio in breve qui riassumere le conclusioni cui sono stato portato nei riguardi della terapia.

I malati esaminati in quattro mesi furono 36, di essi 33 presentavano un'unica pustola clinicamente e batteriologicamente accertata di natura carbonchiosa: in un caso (descritto più innanzi) la pustola era doppia, fatto questo, stando alla letteratura, non comune; in un altro mancava. Anche a me è stata data l'opportunità di constatare in due casi la guarigione spontanea senza cura nè locale nè generale: in 26 dei rimamenti il ferro rovente era stato senza parsimonia usato con risultati tali da richiedere il ricovero d'urgenza in ospedale, ove l'unica terapia da noi usata fu quella specifica con sieri anticarbonchiosi e nelle infezioni associate (o dopo la caduta dell'escara) cure locali con impacchi al Dekin o con soluzione fenica. Il siero usato conteneva in 5 c.c. di liquido 1500 U. I.: fu iniettato in dosi variabili secondo la gravità del caso, talora giungendo fino a 50 c.c. al giorno in genere iniettandone 10-20 c.c. p.d. La quantità totale di siero inoculato varia dai 10 ai 180 c.c.: la via seguita quasi sempre è stata la intramuscolare, nei casi urgenti ad essa ho associata la via endovenosa.

I risultati di una simile terapia sono tali da impressionare nel più benevolo modo gli scettici verso le moderne conquiste, in quanto tutti i nostri ammalati guarirono. Se un decesso si ebbe a verificare, esso fu constatato in un calzolaio sessantenne, affetto da edema maligno carbonchioso della guancia, che a noi ricorse dopo 15 giorni di inutili peregrinazioni da un ambulatorio all'altro, in stato di acuta setticemia algida, *obitus* 20 ore dopo l'ingresso e nel quale, quindi, non si ebbe il tempo di agire con i sieri.

I buoni effetti del siero si notavano subitamente specie nei casi in cui erano comparsi i primi sintomi allarmanti della setticemia. Basterà che io a tal proposito succintamente descriva uno dei 35 casi per comprenderlo: esso è come il calco su cui si modellano quasi tutti gli altri.

R. O., contadino, di anni 46, è addetto alla sorveglianza di bovini.

Narra che nell'armento affidato alle sue cure nel decorso dell'anno a varie riprese morirono degli animali: l'ultimo venne improvvisamente a morte nel novembre. Incaricato della sua distruzione volle prima togliere la pelle; due giorni dopo notò la comparsa sul dorso del terzo inferiore dell'avambraccio d., a circa 5 cm. di distanza l'una dall'altra, due bollicine: il dì seguente nella zona ad esse circostante notò esteso edema. Ricorso dal medico fu immediatamente cauterizzato *in loco*: il mattino seguente colpito dal fatto che il gonfiore, sebbene di poco, era ancora aumentato, ricorse ad altro medico: nuova applicazione del ferro rovente: la sera il gonfiore aveva raggiunto la radice dell'arto d. e dopo 18 ore insorta febbre violenta preceduta da brivido, in tutta urgenza fu inviato in ospedale.

Ricovera in grave stato: la temperatura è di 39°.3; il respiro affrettato, superficiale; il polso piccolo, frequente. Il malato in preda a viva agitazione, ansioso, si lamenta di dolore violento al braccio destro.

All'esame generale dell'infermo non si rileva nulla.

Il braccio d., l'avambraccio d., la mano d. appaiono aumentati notevolmente di volume; la mano è cianotica: la cute dell'avambraccio e braccio tesa, arrossata; numerose flittene di grandezza fino ad una noce, a contenuto sieroso, citrino, limpido sulla faccia flessoria dell'avambraccio.

Sul dorso dell'avambraccio, terzo inferiore, notansi due zone escarotiche nere: una della grandezza di 5 cm. ovale, disposta longitudinalmente sul lato radiale, l'altra a pochi centimetri di distanza, rotonda, della grandezza di 4 cm. circa. Il tessuto interposto è arrossato. tumefatto come nel resto dell'avambraccio: l'edema è duro.

L'esame dell'urina è negativo.

L'esame dell'essudato, tolto in corrispondenza della faccia inferiore dell'escare, rivela i caratteristici tozzi bacilli del carbonchio. Iniziata la cura specifica senza alcun altro ausilio, si iniettano, nel primo giorno 40 c.c. di siero in tre riprese per via sottocutanea. Il 2° giorno persiste lo stato grave, il gonfiore non progredisce: la dose di siero è elevata a 50 c.c. Si inizia un visibile miglioramento; il malato si sente rinato, cessa l'ansia. l'agitazione. Nel 3°, 4° giorno altri complessivi 60 c.c. di siero, la febbre cade. Nei 3 giorni seguenti, altri 60 c.c. di siero, lo stato generale torna normale: si nota in uno con la regressione dell'edema la delimitazione dell'escare.

Non cito altri casi: sinteticamente affermo che simili ottimi risultati abbiamo noi ottenuto in 35 ammalati: esorbiteremmo dall'argomento impostoci se malgrado così larga esperienza clinica, volessimo analizzare i singoli elementi: a noi preme perciò concludere mettendo in evidenza i quattro punti seguenti:

1° La pustola carbonchiosa circoscritta tende alla guarigione spontanea: spesso le cure locali non fanno che aggiungervi sepsi piogeniche di facile associazione;

2° Forme perniciose sono gli edemi maligni carbonchiosi e le forme intermedie di pustola con larga zona edematosa: da esse è breve il passo alla setticemia carbonchiosa;

3° Avendo dimostrato che i bacilli carbonchiosi esistono nella sierosità fino all'estrema periferia della zona edematosa è chiaro che questa, per la sua estensione spesso imponente, non può essere certo dominata dall'azione, anche a distanza, del cauterio. A parer nostro il cauterio potrebbe trovare unica indicazione nella pustola incipiente, escidendola con esso, quando però non importi che una limitata ablazione di tessuti ed in zone ove ciò non riesca di danno funzionale od estetico;

4° La sieroterapia anticarbonchiosa sola, senza temerne le alte dosi, si dimostra essere il metodo elettivo di cura della grave infezione in oggetto.

Non può il moderno medico invocare la distanza delle località colpite dai centri fornitori di siero per giustificare l'uso di mezzi che possono riuscire nocivi: se noi limitiamo l'iniziale intervento, nel caso il bisogno ci trovi sforniti di siero, ad applicazioni caldo-umide, vedremo che la malattia ci dà sempre il tempo, qualora non avvenga in tal modo la guarigione, di correre a quei ripari che intempestive e precipitose cure ci farebbero lo stesso chiedere in stadi più inoltrati della malattia.

ALCUNI DEI LAVORI CONSULTATI.

AYNAUD: Paris médic., 1912, n. 36.

BALDUZZI e BALLERO. Gazzetta Osped. e Cliniche 1914, p. 1878.

BECKER: Münch. med. Woch., 1912, n. 4.

CONFORTI C.: Policlinico, Sez. pratica, 1919, pagina 1339.

FORTINEAU: Annales de l'Institut Pasteur, 1910, n. 12.

FORTINEAU L. e F.: Comptes-rendus Ac. Scienc. 1914.

PERTUSIO C.: Policlinico, Sez. pratica, 1919, pagina 1204.

RAGUSA: Gazzetta Osped. e Cliniche, 1912, n. 69.

ZADA R.: Gazzetta Osped. e Clin., 1911, p. 261.

RIVISTE SINTETICHE.

Diatesi spasmofila. - Sulla Broncotetania

per il dott. CESARE MOSCHINI.

Il vasto, complicato gruppo sintomatico delle cosiddette malattie convulsive dell'infanzia si va semplificando via via che nuovi studi e nuove osservazioni permettono di separar nettamente le sindromi tra loro dissimili o di raggruppare le affini.

In questo modo, dalle altre forme convulsive, è stata separata quella che Hochsinger aveva chiamata «stato tetanoide», Heubner «stato spasmofilo» e che, più propriamente, il Finkelstein definì «diatesi spasmofila» o «spasmofilia» consistente in «un'anomalia di costituzione la quale si riconosce da un'ipereccitabilità misurabile, meccanica ed elettrica del sistema nervoso e che costituisce una predisposizione patologica a certe convulsioni parziali e generali, toniche e cloniche» (1).

In base a questa definizione la maggioranza degli AA. ha raggruppato, come facenti capo alla diatesi spasmofila: la tetania, il laringospasmo e l'eclampsia infantile.

S'è cercato di far entrare in questo gruppo altre malattie, quali il rachitismo, l'osteomalacia e l'asma bronchiale, e ciò specialmente in rapporto all'analogia nel ricambio fisio-patologico dei sali minerali ed alla funzione delle ghiandole a secrezione interna; e l'Aschenheim (2) considera le due prime come malattie generali strettamente affini alla spasmofilia sopratutto perchè in tutte c'è un disturbo del ricambio materiale, in prima linea del calcio, ed hanno, sempre secondo l'A., come causa unica patogenetica, un disturbato equilibrio funzionale delle ghiandole endocrine preposte al ricambio dei sali e cioè: specialmente il timo per la rachitide, le ghiandole sessuali per l'osteomalacia, le paratiroidi per la spasmofilia.

Il Kassowitz, nelle manifestazioni cliniche della spasmofilia, vede addirittura ed esclusivamente dei disturbi nervosi di individui rachitici.

Non possiamo negare che esistano intimi rapporti tra la diatesi spasmofila da una parte e la rachitide e l'osteomalacia dall'altra se consideriamo la quasi identità della curva della morbilità, l'accompagnarsi della spasmofilia col rachitismo nello stesso individuo in un gran numero di casi, il comparire contemporaneamente delle due malattie presso quei popoli (Giappone) che, fino allora, ne erano rimasti indenni, l'affinità nelle alterazioni del ricambio, l'efficacia terapeutica delle medesime sostanze medicamentose. Ma la sopracitata definizione della diatesi spasmofila, a prescindere da altre considerazioni, non ci consente di comprendere in essa il rachitismo e l'osteomalacia sopratutto perchè troppo spesso in queste due malattie manca il sintoma cardinale della spasmofilia che è l'ipereccitabilità elettrica o meccanica. Forse conviene credere col Feer (1) che rachitismo e spasmofilia trovino affinità «nel crescere entrambi sul terreno di anomalie croniche del ricambio materiale che sono eguali o stanno tra loro in stretti rapporti» e col Marfan (4), che le stesse cause tossiche ed infettive che provocano i fatti reattivi costituenti il rachitismo possano contemporaneamente provocare nelle paratiroidi lesioni anatomiche o funzionali che costituiscono la base della spasmofilia.

Vedremo in seguito come certe forme di asma bronchiale si debbano considerare come manifestazioni spasmofile. Così pure vedremo che, a ragione, il Lederer (5) incluse nella diatesi spasmofila la broncotetania o, meglio, considerò questa come una manifestazione peculiare della tetania infantile.

L'indole di questo mio breve lavoro rende superflua l'esposizione particolareggiata della sintomatologia di ciascuna delle malattie a base spasmofila. Rimandando per essa ad uno dei tanti Trattati di Pediatria, mi sembra sufficiente accennare, in linea generale, che la diatesi spasmofila può presentarsi come un quadro manifesto, per le convulsioni e gli spasmi, oppure latente, rivelato dai due sintomi principali d'eccitabilità meccanica (i fenomeni di Trausseau e di Chwosteck) e dall'ipereccitabilità elettrica (fenomeno di Erb).

Perciò, dopo aver preso in considerazione, il più brevemente possibile, i criterii generali sul momento etiologico-patogenetico ed i reperti anatomo-patologici della diatesi spasmofila, mi occuperò particolarmente della broncotetania.

Etiologia e patogenesi. — Come sicuro si considera il carattere ereditario della spasmofilia: Schlossmann, Seeligmüller, Kassowitz constatarono che i genitori di bambini spasmofili lo erano stati alla loro volta: ciò specialmente per la madre nella quale, qualche volta, si potè provocare il fenomeno del facciale.

Altrettanto certo è il carattere famigliare: lo Schlossmann vide sei fratelli morire per spasmofilia: Pincherle e Pollidori (6), su 91 bambini spasmofili, in 25 poterono mettere in evidenza il carattere famigliare della malattia.

Le curve della morbilità per la spasmofilia, tracciate da diversi AA., collimano nel segnare un massimo in febbraio-marzo e nel discendere a zero nel mese di luglio; l'influenza della stagione è così evidente, benchè non spiegata: a meno che non si voglia accettare l'ipotesi del Kassowitz, da molti AA. oppugnata, delle cattive condizioni d'ambiente in cui specialmente d'inverno vivono i bambini, in particolar modo quelli delle classi meno agiate.

Per quanto riguarda l'età, la spasmofilia è rara prima del 3°-4° mese di vita e dopo il 3° anno: ha il suo massimo nel 2°-3° trimestre. Lo Schlossmann fa notare che, dopo il terzo anno, la diatesi in parola può persistere «per anni e forse per decenni» allo stato latente e può esser rivelata solo dal fenomeno di Chwosteck cui il Thiemich attribuisce l'importanza di sintoma specifico di tale diatesi latente.

Quest'A. (7) considera la spasmofilia come la prima rivelazione di una inferiorità congenita, e probabilmente ereditaria, del sistema nervoso, inferiorità che, negli anni successivi, si manifesterebbe con turbe intellettuali e neuropatiche: opinione condivisa dal Feer.

Da una statistica di Rosenstern (8) risulta che, nei prematuri, c'è una grande predisposizione alla spasmofilia. Valdameri (9) è d'opinione che la frequenza della spasmofilia sia in rapporto all'incompleto sviluppo delle zone corticali motrici e dell'apparecchio centrale inibitore nei primi anni di vita; immaturità che Garzia (10) considera come non raggiunta mielinizzazione delle fibre nervose. Questi fatti ci devono far ritenere col Cannata (11) che, nel ricercar la causa della spasmofilia, bisogna tener sempre presente la speciale labilità del sistema nervoso infantile. Il quale, come *locus minoris resistentiae*, è naturale venga facilmente influenzato e leso da tutte le infezioni, da tutte le malattie esaurienti che colpiscono l'organismo infantile. Queste, pertanto, si possono considerare come predisponenti alla spasmofilia così come vi sono predisposti i bambini ad abito linfatico, sia del tipo pastoso che neuroartritico: nei quali ultimi però la spasmofilia si mantiene, generalmente, allo stato latente.

Il Valdameri (9), fra altri fattori, dà grande importanza alle vegetazioni adenoidi le quali determinerebbero una difficoltà della respirazione e quindi una diminuita ossigenazione del sangue: quest'ultimo fatto costituirebbe la causa dello scoppiare della spasmofilia. Per un certo verso tale ipotesi si ricollega alla vecchia teoria respiratoria del Kassowitz, condivisa da Escherich (12), secondo il quale i bambini che crescono in ambienti ristretti, malsani, vengono colpiti da spasmofilia per l'aria viziata che respirano. Ma le statistiche e l'osservazione clinica ci constringono a ritenere che l'insorgere della spasmofilia in quei bambini si deve mettere in rapporto non solo con le cattive condizioni d'ambiente ma anche, e sopratutto, col metodo incongruo d'alimentazione cui sono sottoposti.

Il concetto dell'importanza del genere d'alimentazione, come fattore eziologico della spasmofilia, trova consenzienti tutti gli autori. L'osservazione clinica che la spasmofilia colpisce quasi esclusivamente bambini allattati con latte di vacca e che, generalmente, basta eliminar questo dalla dieta per ottenere la guarigione o un miglioramento, da una parte fece pensare che i fenomeni spasmofiliaci siano dovuti ad un'intossicazione, specie intestinale (13) oppure ad anafilassi (13-11), dall'altra fece rivolgere le ricerche al latte di vacca ed ai suoi componenti.

Le ricerche in questo senso furono accurate e numerosissime.

Per primo lo Czerny considerò la spasmofilia come un'alterazione del ricambio materiale del bambino: gli esperimenti di Finkelstein, confermati da Grulee (14), Helboch, Larsson e Wernstedt (15), lo condussero ad attribuire l'ipereccitabilità galvanica degli spasmofiliaci a sostanze disciolte nel siero del latte e, probabilmente, a sostanze anorganiche. Essendo nota l'azione sedativa dei sali di calcio sul protoplasma delle cellule nervose, si studiò il comportamento di essi nel metabolismo degli spasmofiliaci. Negli animali, in cui era stato determinato uno stato tetanico con la paratiroidectomia, Mac Callum e Voetglin riscontrarono un'ipocalcificazione nel cervello e nel sangue ed aumentata eliminazione del calcio; eguale reperto denunciarono Quest, Sabbatani, Silvestri, Symund (16), Cattaneo (17), Haverschmidt (18) nei tessuti di bambini spasmofiliaci ed aumentata eliminazione Cybulski, Oddo, Sarles, ecc. Di contro a questi risultati, Parhon, Dimitresko e Kissipesko, Cooke avrebbero trovato, negli animali, contenuto normale di calcio nel cervello, Leopold e Reuss nei tessuti dell'organismo in toto, Cooke un'eliminazione normale; e, nel bambino, Leopold e Reuss, Cohn ed Aschenheim contenuto di calcio normale nel cervello, Longo nel sangue, Cattaneo, Cotta-Ramusino, Schabad eliminazione normale. Ciò senza contare che Stöltzner e Pollini (20) trovarono ipercalcificazione nei tessuti di spasmofiliaci.

Data tale discrepanza di risultati, giustamente Iovane e Vaglio (21) concludevano non

essere affatto accertato che le anomalie nel ricambio del calcio costituiscano la base eziologica della spasmofilia. Ciò conduce Symund ad adottare un concetto più generale parlando di un disturbo nel bilancio dei sali minerali: Aschenheim e Lust pensano che si deve prendere in maggior considerazione il ricambio degli alcali, specialmente del potassio; Berend parla di un deficit dei sali di magnesio; Cattaneo e Rosenstern di un alterato rapporto tra calcio e magnesio. Pollini (20), fin dal 1914, concludeva considerando la spasmofilia come qualche cosa di più complesso di una semplice ipocalcificazione dell'organismo e cioè uno squilibrio nei rapporti normalmente esistenti tra i vari sali ad azione sinergica od antagonista.

Dopo che venne accertato che, negli adulti, la strumectomia con contemporanea asportazione o lesione delle paratiroidi, produce tetania, le osservazioni degli studiosi si rivolsero al sistema endocrino e, in un primo tempo, alle paratirodi. Pineles (22) affacciò l'ipotesi dell'origine paratireo-priva della spasmofilia; Erdheim, Ianaise ed Escherich, Strada (23), Iovane e Vaglio (21), Haskins e Wehelen (24), Aschenheim (2) ed altri, in base a dati clinici, anatomo-patologici e sperimentali, adottarono il concetto di Pineles, concetto che ha avuto anche l'appoggio del fatto, recentemente constatato da Borchers (25) nell'uomo, che il trapianto delle paratiroidi è efficace nella tetania paratireopriva ed è sufficente il trapianto di una sola paratiroide per far scomparire gli spasmi.

Si cercò di conciliare le due teorie: quella dell'alterazione del ricambio materiale e quella dell'insufficenza paratiroidea.

Già, fin dal 1909, Cattaneo e Cotta-Ramusino (26) concludevano un loro bellissimo lavoro asserendo « non esser ardito ritenere che la teoria dell'ipocalcificazione e la teoria paratiroidea possano formare un tutt'uno per le interpretazioni eziologiche della tetania ». — Così il Richet pensò ad un'anafilassi pei sali di calcio da insufficenza funzionale delle paratiroidi; Pexa (27), in seguito ad esperimenti sui cani, riunì i due concetti di ipocalcificazione e di insufficenza paratiroidea; Morel (28) osservò esagerata emissione di calcio, magnesio e solfo nelle orine di cani operati di paratiroidectomia; Moll (29) ammise trattarsi di un'intossicazione da veleni intestinali che, in secondo tempo, altererebbero le paratiroidi determinandovi un'insufficenza funzionale. Infine Petrone e Vitale (30) ritennero la spasmofilia dovuta a insufficenza delle paratiroidi a neutralizzare sostanze tossiche le quali sarebbero capaci di precipitare gli ioni liberi di calcio e di impoverire così l'organismo del calcio fisiologicamente attivo.

Nel 1913 il Lust (31) allargò i suesposti concetti patogenetici della spasmofilia mettendo questa in rapporto con un'insufficenza funzionale di diversi componenti del sistema endocrino sostenendo che, ai diversi quadri sintomatologici che costituiscono la diatesi spasmofila (tetania, laringospasma, eclampsia) corrisponda l'alterata funzione di una delle diverse ghiandole a secrezione interna: ciò che non si può prendere in senso assoluto, in considerazione della stretta interdipendenza funzionale delle ghiandole endocrine.

Il Franchetti (32), in base allo studio di tre casi di tetania, due dei quali giunti al tavolo anatomico, ammise che questa possa dipendere da lesione del timo. Dello stesso parere è il Netter. In rapporto a ciò Cozzolino (33) nota che il timo esplica la sua massima attività appunto nell'età in cui il bambino va soggetto alla spasmofilia. Simonini stabilì la sinergia funzionale fra timo e paratiroidi. Mello-Leitao (34) trovò lesioni del timo, tiroide e paratiroidi in quattro casi di tetania. Più recentemente Pincherle e Polidori (6) considerarono essi pure la spasmofilia come una grande perturbazione nel sistema endocrino cioè della tiroide, paratiroidi e timo.

Da quanto finora è stato detto appare evidente che il momento eziologico della diatesi spasmofila non è, oggi, nè chiaro nè definitivo. Giova però credere che non convenga dar importanza sempre e soltanto a questo od a quel fattore, ma si deva adottare un modo di vedere eclettico, nel senso che tutti i momenti eziologici volta a volta dalle diverse scuole invocati, possono, da soli o in concomitanza tra loro, predisporre l'organismo infantile alla spasmofilia e determinarne lo scoppio, tenendo sempre presente la debolezza fisiologica dell'intestino dei bambini e la speciale labilità del loro sistema nervoso sul quale più facilmente si ripercuotono l'eredità neuropatica, alcoolica, sifilitica, tubercolare e tutte le cause tossi-infettive, principalmente quelle d'origine gastro-intestinale.

Abbiamo visto che la clinica, l'anatomia patologica, l'esperimento non hanno assegnato nella patogenesi della diatesi spasmofiliaca, un'importanza unica e costante al calcio piuttosto che al magnesio o ad altra sostanza contenuta nel siero del latte vaccino: e neppure hanno stabilito se vi abbia parte una deficenza dei sali di questi due metalli bivalenti ad

azione sedativa o piuttosto un eccesso di sali di metalli monovalenti (sodio e potassio) ad azione stimolante sul protoplasma delle cellule nervose: possiamo solo ammettere, col Pollini (20), uno squilibrio nel rapporto tra questi sali. Sappiamo però per certo che i sali di calcio, oltre ad una spiccatissima azione sedativa nello stato spasmofiliaco, esercitano anche, in generale, una costante azione antianafilattica, tanto da inibire od attenuare l'ictus anafilattico da qualunque causa questo venga prodotto (Gewin). Sembra perciò sinteticamente logica l'idea, già sostenuta da Durante, Berghinz, Longo e Cannata al settimo Congresso di Pediatria e poi dal Richet, sulla natura anafilattica della spasmofilia i cui accessi sarebbero dovuti «o ad un'incorporazione di nuova e maggiore sostanza anafilattica od a diminuzione o mancanza di sostanza antianafilattica, il calcio, prodotta da insufficente o mancata funzionalità delle paratiroidi» (19).

Naturalmente tale concetto, in relazione a quanto lo studio della questione ha rilevato negli anni susseguenti alla sua enunciazione, dovrebbe venir allargato nel senso che può entrare in giuoco non solo la insufficente o mancata funzione delle paratiroidi ma anche quella di altri elementi del sistema endocrino, per lo meno della tiroide e del timo.

Vero è che lo Schlossmann si domanda se, per spiegarci l'insorgere della spasmofilia, sia proprio necessario invocare l'intervento delle ghiandole a secrezione interna o non sia sufficente l'alterato ricambio dei sali dell'organismo. Ma l'idea semplicista dello Schlossmann non mi pare convincente prima di tutto perchè esiste un indiscutibile rapporto fra tetania postoperatoria e paratiroidi; in secondo luogo per le lesioni riscontrate nelle paratiroidi ed in altre ghiandole a secrezione interna alla necroscopia di bambini spasmofiliaci od in animali nei quali era stato determinato il quadro della spasmofilia; infine per l'azione antispasmofila del trapianto delle paratiroidi e della somministrazione di paratiroidina.

È doveroso notare che non tutti gli AA. hanno riscontrato lesioni delle paratiroidi e che, se alcuni (Cattaneo) affermano l'efficacia della paratiroidina, altri (Escherich) ne dubitano o la negano. Ma, tanto i reperti anatomo-patologici negativi e l'inefficacia della paratiroidina, quanto i rapporti anatomici tra paratiroidi e timo, la constatazione che questo funziona specialmente nell'età in cui il bambino va soggetto alla spasmofilia, la sinergia funzionale fra paratiroidi e timo, le lesioni del timo e della tiroide riscontrate in casi di spasmofilia, ci traggono a ritenere che non si possa prescindere dalle ghiandole a secrezione interna nella patogenesi della spasmofilia, ma a considerare attendibile la teoria della sua origine pluriglandolare proposta dal Lust, accettata da Pincherle, Pollidori, Cozzolino, ecc.

Mi pare dunque si possa concludere che la diatesi spasmofila dei bambini trova un terreno favorevole negli individui con sistema nervoso minorato in via ereditaria od acquisita e che tale minor resistenza non può venir difesa contro lo stato di anafilassi che si stabilisce in seguito ad intossicazioni di natura organica od inorganica, specialmente d'origine intestinale, per insufficenza di alcuni o forse di tutti gli elementi del sistema endocrino.

Anatomia patologica. — Già s'è accennato a diversi reperti anatomo-patologici nella spasmofilia e s'è anche visto come, in parecchi casi, i reperti stessi siano stati discordi.

Le lesioni si riscontrano principalmente a carico del sistema nervoso centrale e di alcune ghiandole a secrezione interna: paratiroidi, tiroide e timo.

Le prime ricerche furono rivolte, naturalmente, al sistema nervoso centrale. Cervesato e Bonome trovarono mielite centrale, Peters lesioni delle meningi, dei gangli e delle radici nervose, Nissl fatti degenerativi, Filia alterazioni della zona rolandica, Schiffer cromatolisi delle cellule di detta zona, delle corna anteriori e laterali del rigonfiamento cervicale e formazioni lacunari nella commissura grigia; Babonneix e Harvier emorragie intorno ai vasi della pia e lesione delle grosse cellule corticali. Concetti, Thiemich e Ferrata non poterono riscontrare alcuna lesione: onde quest'ultimo A. ritenne potersi trattare di una minuta modificazione nella struttura, e quindi nella funzione, della cellula nervosa.

Ma quando il Pineles portò in campo l'ipotesi della genesi endocrina della spasmofilia, a questo lato si rivolse l'attenzione degli anatomo-patologi. Nelle paratiroidi vennero riscontrate le lesioni più diverse: dalle emorragie puntiformi e dagli esiti di queste costituiti da fatti di siderosi e di sclerosi (Ianase, Pollini, Erdheim, Strada, Fischer) alla caseificazione (Winternitz, Carnot, Delion), alla degenerazione amiloide (Haberfeld), all'ipoplasia (Harvier), alla mancanza di una o più (Harvier, Ianase), alla loro mancanza assoluta e totale (Claude e Gaugerot). Tedeschi, Schiffer, Ravenna, Thiemich, Königstein, ecc., ebbero reperti assolutamente negativi. Il Tedeschi e, dopo di lui, l'Iovane, dubitò che le emorragie paratiroidee da alcuni riscontrate

possano essere, anzichè causa, effetto dell'accesso spasmofilo e, più precisamente, delle convulsioni e dell'apnea. Mello Leitao (34) trovò degenerazioni cellulari nelle paratiroidi, sclerosi della tiroide e del timo; in due casi di Franchetti (32) le paratiroidi erano intatte ed esisteva invece atrofia sclerosa del timo.

Nel liquido cefalo-rachidiano di bambini spasmofiliaci Genoese (35) non trovò altro che ipertensione del liquido e, talora, intensa la reazione dell'acetone.

Hirsch (36), in un caso di broncotetania, osservò, nella regione ileo-cecale, delle ulcerazioni superficiali in corrispondenza delle placche del Peyer, ulcerazioni che l'A., in mancanza d'altro momento eziologico, interpretò come dovute a spasmo vasale dipendente dalla diatesi spasmofila.

Da risultanze così diverse è certamente non agevole venire ad un giudizio sintetico e logico. Non mi sembra troppo persuasiva l'idea di Iovane e Vaglio (21) che, nei casi a reperto negativo, si tratti di lesioni delle paratiroidi non dimostrabili anatomicamente ma portanti egualmente ad una deficenza o ad un pervertimento nella loro funzione. Si potrebbe pensare invece che, in quei casi nei quali nulla è stato trovato nelle paratiroidi, qualche lesione ci potesse essere in altre ghiandole, nella tiroide, nel timo, forse anche nelle surrenali o nei gangli linfatici, e che tali lesioni siano sfuggite o neanche siano state ricercate: e ciò semplicemente perchè è soltanto di questi ultimi anni la teoria pluriglandolare della spasmofilia mentre quei reperti negativi risalgono agli anni precedenti ad essa. Se si considera che la diatesi spasmofila può esser sostenuta semplicemente da un'alterazione del timo, è facile spiegarsi come, in certi casi, le paratiroidi o la tiroide possono trovarsi od apparire integre anche se la sintomatologia era imponente.

Terapia. — Si può affermare che i dibattiti sull'origine e la natura della spasmofilia, ben poco ne hanno mutato i criteri terapeutici. Cosicchè ancor oggi possiamo dire che le norme profilattiche consistono nell'attenersi alle regole della più sana puericoltura e, sopratutto, ad un allattamento naturale condotto razionalmente.

Per quel che riguarda la cura, è naturale che, in presenza di un accesso acuto di spasmofilia, ci si dovrà preoccupare delle necessità contingenti e perciò il bagno caldo, i clisteri di cloralio, le iniezioni di canfora, la respirazione artificiale rappresentano ciò che di meglio si può fare per arrestare od attenuare lo stato convulsivo acuto. Cessato questo si inizierà la cura dell'ipereccitabilità nervosa per impedire che altri accessi si verifichino. A tale scopo, liberato l'intestino con clisteri evacuativi o coll'olio di ricino, si sospenderà in via assoluta il latte di vacca: questa è la base della cura. La dieta, almeno durante le prime 24 ore, deve consistere esclusivamente in acqua o the dolcificato con saccarina; poi, ai lattanti più piccoli, si darà del latte di donna, ai più grandicelli una dieta di idrati di carbonio consistente in mucillagine preparata con farina di riso o di avena bollita, leggermente zuccherata. Siccome questa dieta non può esser mantenuta per più di una settimana senza che lo stato generale del bambino ne soffra sensibilmente, si aggiungeranno alla mucillagine delle zuppe di malto e delle minestre di legumi finemente triturati.

Il calcio ed il bromo sono medicamenti da lunghi anni entrati nella terapia della spasmofilia. Recentemente il Berend ha raccomandato il magnesio. Cozzolino (33) consiglia di associare tra loro i tre medicamenti « potenzializzando così gli effetti antispasmodici e sedativi inerenti a ciascuno di essi isolatamente preso ». Il Kassowitz, coerentemente alla sua concezione della strettissima parentela fra spasmofilia e rachitismo, preconizzò in quella l'olio di fegato di merluzzo fosforato.

Quantunque non sia ben stabilito se, nel nostro caso, l'efficacia terapeutica spetti all'olio di merluzzo o al fosforo, è certo che il risultato che si ottiene dalle due sostanze associate è veramente ottimo.

Cattaneo e Cotta-Ramusino (26) e Mac Callum e Voegtlin asseriscono di aver ottenuto buoni effetti dalla paratiroidina per via orale od epidermica nella tetania; ma la massima parte degli AA. è scettica o recisamente sfavorevole all'opoterapia nella diatesi spasmofila. Forse, in relazione alla teoria della genesi puriglandolare di questa, sarebbe opportuno esperimentare un'opoterapia pluriglandolare con speranza di miglior successo.

Riassunto così brevemente quello che è oggi l'indirizzo terapeutico nella spasmofilia, rimando, per maggiori notizie, alla pubblicazione nella quale il Cozzolino (33) ha trattato l'argomento diffusamente in modo magistrale.

La broncotetania. — Nel 1913 il Lederer (5) osservò in bambini affetti da spasmofilia manifesta o latente, una sindrome che interessava in modo particolare il sistema respiratorio, ch'egli intuì doversi considerare sotto un punto di vista speciale e cioè non come una reazione dell'albero respiratorio ad un agente infettivo ma semplicemente come una manifestazione spasmofiliaca.

La sindrome rilevata da Lederer si può riassumere così: il bambino è colpito da respiro intensamente dispnoico, rumoroso, a carattere prevalentemente espiratorio, accompagnato da tosse insistente, aleggiamento delle narici, rientramenti inspiratori al giugulo ed agli spazi intercostali, cianosi. L'esame del torace fa sentire delle zone di ottusità di estensione ed a localizzazione varia, sulle quali si sente respiro bronchiale: perifericamente ad esse la percussione rivela un aumento della sonorità e l'ascoltazione rantoli crepitanti ed a piccole e medie bolle. Il cuore è ingrandito; la temperatura arriva ai 38°-39°. In un caso caduto sotto la sua osservazione e presentante i sintomi soprariferiti, coesistendo ipereccitabilità elettrica ed altri segni di spasmofilia, il Lederer pose la diagnosi di broncopolmonite in individuo spasmofilo. Il bambino morì coi segni di una lenta asfissia e di adinamia cardiaca. All'autopsia non vennero trovate tracce di polmonite ma soltanto, in corrispondenza delle zone di ottusità rilevate in vita, un'atelettasia polmonare e, tutt'intorno ad essa, delle zone di enfisema con versamento sieroso nel lume dei bronchi.

Il Lederer spiega la contraddizione tra il risultato dell'indagine clinica ed il reperto anatomo-patologico ammettendo che, nei soggetti spasmofiliaci, l'ipereccitabilità si possa manifestare con intensità particolare a carico della muscolatura liscia dei bronchi la cui contrattura porta alla loro occlusione. In seguito a riassorbimento dell'aria rimasta rinchiusa negli alveoli, che, per il permanere della contrattura, vengono a trovarsi esclusi dalla comunicazione coll'aria esterna, si determinano zone più o meno estese di atelettasia; nel territorio circostante invece si forma un enfisema vicariante. I rantoli dipendono dalla presenza di liquido trasudato nel lume bronchiale.

In una successiva pubblicazione dello stesso A. (37) vengono illustrati altri 11 casi, che presentano la stessa sintomatologia sopra descritta e dei quali sette guarirono: in essa l'A. consiglia l'esame radiografico del torace come coadiuvante a stabilire la diagnosi differenziale tra la broncotetania e la polmonite o la bronchite capillare.

I trattati di pediatria, anche i più recenti, si limitano a lievi accenni su questa manifestazione spasmofiliaca individualizzata da Lederer; e nella letteratura, all'infuori di un caso riferito da Rietschel (38) ed uno, già citato, di Hirsch (36), non ne ho trovati altri. Devo però rilevare che fino dal 1908 il Macconi (39) presentò otto casi di bronchite e broncopolmonite in bambini nei quali l'A. aveva notato come l'inizio era stato caratterizzato da accessi di laringospasmo: fatto questo messo in evidenza anche dal Muggia. Più interessante il caso, reso di pubblica ragione dal Silvestri (40) nel 1909, di un bambino, fin dai primi mesi stitico, eclamptico, rachitico, colpito all'11° mese da polmonite dell'apice destro. Negativo il fenomeno di Trousseau, incostante il Chwosteck, presente il fenomeno di Erb, esistevano accessi spasmofiliaci: la somministrazione di bromuro di calcio fece scomparire rapidamente i fatti polmonari e quelli spasmofiliaci.

Nel caso del Silvestri mi sembra si sia autorizzati a credere che si trattasse di broncotetania: ciò non soltanto per il coesistere di una sintomatologia che condusse alla diagnosi di polmonite coesistente con una evidentissima spasmofilia, ma sopratutto per l'azione rapidamente spiegata dal bromuro di calcio sull'affezione polmonare.

Quanto sopra è stato detto mira soltanto a far notare che già prima del Lederer, il Macconi, il Muggia ed il Silvestri erano stati colpiti dalla coesistenza dei fenomeni spasmofiliaci con quelli polmonari. Resta quindi sempre al Lederer il merito di aver stabilito in che consiste il rapporto tra i sintomi nervosi e quelli polmonari, di avere cioè individualizzata, sotto il nome di broncotetania, una localizzazione bronchiale della diatesi spasmofila, facente quindi parte di questa accanto alla tetania, al laringospasmo ed all'eclampsia.

Ad illustrare il capitolo della broncotetania potrà forse non tornar inutile l'esposizione dei tre casi seguenti:

CASO I. — Pierina S., di mesi sei, da V. La bambina, da alcuni giorni, ha febbre, tosse stizzosa, dispnea; dorme pochissimo ed è molto agitata; non risulta che abbia avuto convulsioni. L'esame obbiettivo, praticato il 18 gennaio 1921, mostra una bambina ben sviluppata, con pannicolo adiposo abbondante, cute e mucose visibili rosee, fontanella anteriore d'ampiezza normale, nessun dente; lingua pulita, nulla alle fauci; temperatura 38°.6. Su tutto l'ambito polmonare sinistro si sentono numerosissimi rantoli prevalentemente inspiratori, a piccole bolle, uniti a sibili: non ipofonesi nè soffio bronchiale: respiri 48, polsi 126. Cuore nei limiti; tutti gli altri organi normali. Sono presenti i fenomeni di Trousseau e di Erb, incerto il Chwosteck. Durante alcuni giorni viene curata con cataplasmi di seme di lino ed espettoranti: per cibo latte di vacca. Si accentua la dispnea, la tosse, la bambina si fa un po' cianotica; la temperatura sale a 39°.6. Viene sostituito il latte di vacca con creme di riso e somministrato del bromuro di calcio: i fenomeni polmonari scomparvero rapidamente, la temperatura ridiscese al normale, lentamente ma sensibilmente si attenuarono i segni della spa-

smofilia, che però persistevano ancora un mese dopo l'inizio della presente malattia.

CASO II. — Gino G., di mesi 10, da P. di B. Il padre fu due volte affetto da pleurite: tre fratelli morirono per meningite. La madre, durante la gravidanza soffrì di nefrite. Il bambino nacque a termine, da parto fisiologico: ebbe allattamento misto. È andato soggetto ad accessi di laringospasmo che, da due giorni, si son fatti più gravi e frequenti. L'esame obbiettivo del 15 gennaio 1921 dà: Bambino ben sviluppato, in buone condizioni di nutrizione: cute e mucose visibili rosee. Si palpano numerosi gangli al collo. Normale lo stato delle fontanelle: nessun dente. Lingua lievemente patinosa alla base: lieve rossore delle fauci; corizza. In corrispondenza della base del polmone destro si rileva una zona a suono smorzato sulla quale il respiro è soffiante: intorno ad essa rantoli umidi a medie bolle e rari sibili; reperto percussorio ed ascoltatorio normale su tutto il resto dell'ambito polmonare. Cuore nei limiti. Organi addominali normali. Temperatura serale 38°.2; respiri 30; pulsazioni 114. Manifesto il segno di Chwosteck; appena accennato il Trousseau; Erb incerto.

Il giorno seguente il bambino ebbe un accesso di laringospasmo: si accentuarono i fatti polmonari, la temperatura salì a 39.3°. Il terzo giorno si ebbero quattro accessi. Venne abolito il latte vaccino sostituendolo con pappe e si somministrò del bromuro di calcio. Tre giorni dopo l'inizio di questo trattamento i fatti polmonari erano scomparsi. La temperatura ritornò al normale solo dopo una settimana; il fenomeno di Chwosteck e gli accessi, benchè in continua diminuzione, perdurarono ancora una quindicina di giorni.

CASO III. — Santa B., d'anni 1, da U. Negativa l'anamnesi famigliare. Allattamento materno anche al presente. Da circa un mese ha accessi convulsivi e laringospasmo.

All'esame obbiettivo, il 6 maggio 1916, si constata: Bambina a costituzione scheletrica regolare, in discreto stato di nutrizione, ad abito grasso-pastoso: presenta eczema al cuoio capelluto. Milza palpabile. La bambina è in condizioni gravissime perchè in istato dispnoico e convulsivo tonico, con respiro stertoroso, cianosi del volto, estremità fredde. Gli accessi convulsivi e di laringospasmo sono subcontinui. Il fenomeno a carico del respiro è così imponente che si corre col pensiero ad un ascesso retrofaringeo subito escluso dall'esame. All'esame del torace si riscontra a destra, in corrispondenza del lobo medio, una zona di ottusità non bene distinta, a suono timpanitico e respiro bronchiale: intorno a questa zona la percussione dà un suono chiaro timpanico e si avvertono numerosi rantoli a medie e piccole bolle. Temperatura 39.2° Presenti i fenomeni di Chwosteck e di Trousseau. Negativa la reazione di Wassermann; negativo l'esame del sangue. Morte in seconda giornata.

All'autopsia si osservò: nella zona corrispondente all'ottusità sopra accennata il parenchima polmonare è ricco di sangue, di color rosso-bluastro, non crepitante, simile alla carne; tutto all'intorno il polmone è pallido, rilevato; gli alveoli non collabiscono; nei piccoli bronchi esiste una certa quantità di liquido sieroso. Il timo, la tiroide, le ghiandole linfatiche, la milza sono ingrossate.

Che nei tre soggetti di cui s'è trattato esistesse una diatesi spasmofila non mi pare lecito dubitare: ci permette di giudicare in questo senso la chiara constatazione dei fenomeni di ipereccitabilità, l'esistenza, nel secondo e terzo caso, di accessi di laringospasmo, e infine il risultato della cura.

Appare anche evidente la differenza tra il primo e gli altri due: in quello si ebbe il quadro clinico di una bronchite, in questi di una bronco-polmonite. Ma, ad escludere che si trattasse di una comune bronchite acuta e, rispettivamente, di una broncopolmonite, sta tanto la concomitanza della spasmofilia quanto l'esito della cura nei primi due casi ed il reperto necroscopico nel terzo.

Questo, infatti, non ci ha mostrata nessuna di quelle alterazioni polmonari che sono caratteristiche della bronchite capillare o della polmonite lobulare o lobare: non si trovò che una zona di atelettasia ed enfisema. La constatazione dell'abito grasso pastoso, la presenza di eczema, l'ingrossamento delle ghiandole linfatiche, del timo, ecc., ci mettono dinanzi ad uno stato timico-linfatico: i rimanenti dati clinici e quelli anatomo-patologici ci consentono la diagnosi di broncotetania; e il caso va considerato in tutto simile a quelli a sintomatologia bronco-polmonare descritti da Lederer.

Negli altri due invece abbiamo visto i fenomeni a carico del polmone e la febbre rapidamente dileguarsi e ristabilirsi un completo benessere subito dopo che venne tolto il latte di vacca dalla dieta e istituita una cura sedativa. Ciò, ch'io sappia, non si verifica mai nelle comuni bronchiti e nelle broncopolmoniti acute che nessun vantaggio ritraggono dalle misure surriferite. Mi sembra perciò che, anche in questi due casi, si possa parlare di broncotetania ed il primo di essi si deva metter accanto a quelli descritti da Rietschel, il secondo, unitamente al terzo, con quelli di Lederer. Ben inteso ch'io non considero essenzialmente differenti le forme a sintomatologia broncopolmonare da quelle a sintomatologia bronchiale: la differenza sta soltanto nell'intensità e nell'estensione con cui lo spasmo della muscolatura bronchiale si esplica, restando sempre a base dell'affezione la diatesi spasmofila.

Qui cade a proposito un richiamo sulla grande analogia nel meccanismo col quale insorgono la broncotetania e l'asma bronchiale o, più esattamente, alcune manifestazioni asmatiche quale, ad esempio, l'asma da fieno: ed il sospetto di una stretta affinità tra le due malattie

si fa maggiore se si considera che esse hanno molti fattori eziologici e patogenetici in comune. Onde si viene a pensare se non sia esatto il modo di vedere di Rietschel secondo il quale molte forme di asma bronchiale trovano la loro origine nella spasmofilia rientrando nel quadro morboso descritto da Lederer e quindi nel più vasto campo della diatesi spasmofila.

Ed invero affatto recentemente il Ségard (42), riesumando un concetto già da tempo sostenuto da Castellino e dalla sua scuola, ha considerato gli asmatici come ipervagotonici costituzionali: in essi cioè l'accesso scoppia quando il vago venga stimolato da sostanze ad azione anafilattica, siano esse proteine introdotte nell'organismo attraverso il tubo digerente, siano polveri vegetali od animali, odori o profumi introdotti per via respiratoria. Il Frontali (43), in un lavoro pubblicato su queste colonne, dichiara di aver constatato, in un adulto affetto da tetania con laringospasmo «una spiccata eccitabilità del vago ed una notevole vagotonia; mentre il simpatico appariva ipotonico e scarsamente eccitabile».

D'altra parte lo Spolverini (41) giudica che l'asma infantile abbia, in certi casi, per fondamento uno squilibrio funzionale endocrino facile a verificarsi nei piccoli soggetti a ciò predisposti dalla diatesi linfatica e dall'eredità neuroartritica. Il Rietschel afferma di aver ottenuto, in alcuni casi di asma bronchiale, notevoli vantaggi dall'adrenalina. Questa sostanza, infatti, ha un'azione broncodilatatrice per eccitazione del simpatico, antagonista del vago e, come si sa, broncocoscrittore. Tutto ciò fa ricordare la teoria di Marfori sulla genesi dell'asma bronchiale: dimostrato dal Neusser che la linfoganglina, prodotto di secrezione interna dei gangli linfatici, è antagonista dell'adrenalina in quanto questa eccita le terminazioni periferiche del simpatico e quella le deprime, il Marfori ritiene che, nei bambini asmatici, si abbia una iperproduzione di linfoganglina che viene controbilanciata da un'iperfunzione delle surrenali. Che se questo equilibrio instabile o per stanchezza delle surrenali o per atra causa qualsiasi, anche inapprezzabile, viene rotto, l'eccesso di linfoganglina che viene a trovarsi in circolo agisce sul simpatico e determina lo scoppio dell'accesso asmatico.

Si ammetta o no il meccanismo ideato dal Marfori, rimane per certo che due fattori entrano in giuoco nella genesi dell'asma bronchiale: l'endocrino e l'anafilattico. Cosicchè il decorso clinico, l'eziologia, la patogenesi e la cura si accordano nello stabilire l'affinità tra le manifestazioni spasmofile e quelle di certe forme di asma bronchiale, conducendoci a partecipare del modo di vedere di Lederer e di quello, a base più larga, di Rietschel, sui rapporti tra spasmofilia da una parte e broncotetania ed asma bronchiale dall'altra.

Da quanto finora è stato detto si può concludere:

1° Esistono nell'infanzia molti casi di affezioni dell'albero respiratorio che si presentano colla sintomatologia della broncopolmonite, della bronchite capillare, dell'asma bronchiale cui non corrispondono, dal lato anatomico, le rispettive classiche alterazioni del tessuto polmonare ma che hanno come substrato uno stato spasmofilo e, per base anatomica, uno spasmo della muscolatura bronchiale.

2° Questi casi raggruppati sotto il nome di broncotetania (Lederer), devono trovar posto, nel quadro della diatesi spasmofila, accanto alla tetania, al laringospasmo ed all'eclampsia infantile.

3° La diagnosi differenziale della broncotetania si deve basare, oltre che sulle cognizioni generali e sui reperti radiologici, sopratutto sulla contemporanea esistenza dei segni di una spasmofilia manifesta o latente.

4° Tale diagnosi differenziale ha un'importanza capitale ed eminentemente pratica nei riguardi della cura perchè, qualora si tratti di broncotetania, il persistere o, peggio, l'intensificare la dieta di latte vaccino aggraverà la malattia, che invece si attenuerà o guarirà completamente anche con la sola abolizione del latte stesso.

Pederobba, 25 settembre 1921.

BIBLIOGRAFIA.

1. PFAUNDLER e SCHLOSSMANN. *Trattato di Pediatria.*
2. E. ASCHENHEIM. Beiträge z. Rachitis u. Spasmophiliefrage. Jahrb f. Kind., vol. 79, pag. 446.
3. K. JWAMURA. *Einige Beobachtungen ueber Spasm. in Japan.* Zeitschr. f. Kind., vol. 9, n. 2.
4. MARFAN. *Trattato di Pediatria.*
5. R. LEDERER. *Ueber Bronchotetanie.* Wien. Klin. Woch., 1913, n. 8.
6. PINCHERLE e POLLIDORI. *Sulle sindromi spasmofiliche familiari dell'infanzia.* Riv. di Clin. Ped., 1918, n. 4.
7. THIEMICH. Jahrb. f. Kind., vol. 51.
8. I. ROSENSTERN. *Debil. cong. u. Spasm. Diathese.* Zeitschr. f. Kind., vol. VIII, n. 2.
9. A. VALDAMERI. *La tetania nell'infanzia.* Tesi di lib. docenza, 1910.
10. GARZIA. *Bromuro di sodio e Spasmofilia.* Riv. di Clin. Ped., 1912, n. 2.
11. S. CANNATA. *Sull'anafil. alimentare.* La Ped. 1915, pag. 282.
12. T. ESCHERICH. *Le affez. tetanoidi della prima inf.* Riport. in: La Ped., 1914, pag. 233.

13. N. FEDE. *Spasm. nell'inf.* Etiog. e patog. Atti VII Cong. It. di Ped.
14. C. G. GRULEE. *Cura dietet. della tet. inf.* Rip. in: La Ped., 1912, p. 393.
15. LARSSON e WERNSTEDT. *Sulla questione della natura della diat. spasm.* Rip. in: La Ped., 1919, pag. 620.
16. R. SYMUND. *Conv. in Children.* T. Engl. Med. Gaz., genn. 1915.
17. C. CATTANEO. *Ricerche sul contenuto in calcio, ecc.* Atti Soc. It. di Ped., Sez. Emilia-Marche, 13 dic. 1908.
18. HAWERSCHMIDT. *Contr. al probl. del calcio.* Rip. in: La Ped., 1920, pag. 337.
19. D. DURANTE. *La spasm. nell'inf.* Etiol. e patol. Atti VII Congr. It. di Ped.
20. POLLINI. *Sul contenuto e sulla topogr.*, ecc. Riv. d. Cl. Ped. 1913, n. 10.
21. IOVANE e VAGLIO. *Tetania e insuff. paratir.* La Ped., 1910, p. 816.
22. F. PINELES. Z. *Pathog. d. Kind.* Jahrb. f. Kind., vol. 66, fasc. 6.
23. STRADA. *Tet. inf. e paratir.* Riv. di Cl. Ped., dic. 1909.
24. HOSKINS e WHEELEN. *Insuffic. paratir.*, ecc. Rip. in: La Ped., 1914, pag. 58.
25. E. BORCHERS. *Guarig. duratura*, ecc. Rip. in: La Ped., 1920, p. 345.
26. CATTANEO e COTTA-RAMUSINO. *Ricerche*, ecc. La Ped., 1909, p. 721.
27. V. PENA. *Contrib. speriment.*, ecc. Rip. in: La Ped., 1911, pag. 312.
28. MOREL. *Paratir. ed acidosi.* Compt. rend. d. la Soc. d. Biolog. de Paris, pag. 871.
29. MOLL. *Experim. Spasmoph.* Ges. f. Kind., 20-24, IX, 1913.
30. PETRONE e VITALE. *Spasm. inf. e gh. parat.* Atti VII Congr. Ped. It.
31. LUST. *Die pathog. d. Tetanie in Kind.* Deut. m. Woch., 1913, n. 23.
32. FRANCHETTI. *Contr. clin.*, ecc. Riv. di Cl. Ped., aprile 1915.
33. O. COZZOLINO. *Lo stato att. della terap.*, ecc. La Ped., 1916, pag. 282.
34. MELLO LEITAO. *A proposito di un caso di tet.* Rip. in: La Ped., 1913, pag. 629.
35. G. GENOESE. *Ric. sul liq. cef.-rach.*, ecc. Rif. Med., 1919, n. 24.
36. HIRSCH. *Ulceri del tenue*, ecc. Rip. in: La Pediat., 1920, pag. 301.
37. R. LEDERER. *Ueber Bronchotetanie.* Zeitschr. f. Kind. vol. XXIII, 1919.
38. RIETSCHEL. *Bronchot. Bronchialasthma*, ecc. Mon. f. Kind., vol. 12, 1913.
39. MACCONI L. Atti R. Accad. di Med. di Torino, 29 febbraio 1908.
40. F. SILVESTRI. *Contrib. allo studio*, ecc. La Ped., 1909, pag. 97.
41. L. M. SPOLVERINI. *Sull'eziologia*, ecc. La Ped., 1919, pag. 569.
42. SÉGARD. Rif. Med., aprile 1921.
43. G. FRONTALI. *Laringosp. e tetania nell'età adulta.* Il Policl., Sez. med., fasc. 7, 1921.

Il fascicolo 11 (1° nov. 1921) della nostra **SEZIONE MEDICA** contiene i seguenti lavori:

L. ALBERTONI: " **Alterazioni termiche e lesioni trofiche nei processi morbosi** ".

F. COSTANTINI: " **Sui tumori del lobo temporale** ".

L. DE LISI: " **Sul parkinsonismo da encefalite epidemica** ".

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

La reazione citolitica.

(E. FREUND. *Wiener. klin. Wochen.*, n. 12, 1921).

Ricerche eseguite ponendo a contatto cellule isolate di carcinoma con siero di carcinomatosi, e con siero di individui sani avevano dimostrato come nel primo caso non si verificasse alcuna alterazione delle cellule stesse, mentre nel secondo caso le cellule carcinomatose erano profondamente alterate e distrutte. Inoltre è stato osservato come il siero di carcinomatosi sia capace di neutralizzare, aggiunto in determinate proporzioni, l'azione dissolvente del siero normale.

Freund riporta una serie di osservazioni che se da una parte si riferiscono alle applicazioni diagnostiche della reazione citolitica, dall'altro interessano il meccanismo della reazione riferendosi a studi sulla natura di sostanze contenute nel siero normale e nel siero dei carcinomatosi e dotate delle proprietà suddette.

Circa nel 12 % dei casi la reazione citolitica non corrisponde agli elementi clinici, e la mancanza della reazione è dovuta o allo stato dell'individuo del quale si saggia il siero (casi di ittero, malattie del fegato, febbre, gravidanza) o al periodo nel quale è stato prelevato il siero (periodo della digestione).

Però si è osservato (Pregel) che usando una particolare tecnica per la preparazione e la conservazione delle cellule carcinomatose, la percentuale delle reazioni non rispondenti al caso clinico scende al 7 %.

Lo studio chimico delle sostanze contenute nel siero normale e capaci di distruggere le cellule di carcinoma, hanno portato alla conclusione che la proprietà dissolvente del siero normale è dovuta ad un acido grasso, estraibile con l'etere, non saturo, ed appartenente alla serie dell'acido ossalico. E difatti cimentando gli acidi di tale serie con cellule carcinomatose si è visto che hanno azione dissolvente su esse l'acido succinico, l'acido esadicarbonico o suberico, l'acido decametilendicarbonico o sebacico.

Nel siero carcinomatoso la sostanza capace di conservare intatte le cellule carcinomatose è una globulina, differenziabile dalla nucleoglobulina del siero normale, per il suo contenuto in idrati di carbonio e per un acido grasso non saturo, solubile in etere ed appartenente alla serie dell'acido malico. È da osservare che mentre gli acidi di tale serie, derivati dall'acido malico hanno tale azione conservatrice di fronte alle cellule di carcinoma, gli isomeri,

cioè gli acidi della stessa serie ma derivati dall'acido fumarico, sono completamente sprovvisti di detta azione.

Inoltre mettendo a contatto estratti limpidi di cellule di carcinoma con siero di carcinomatosi si ha la formazione di un precipitato, che è dovuto all'azione di una nucleoglobulina del siero su un idrato di carbonio allo stato colloidale combinato con un acido grasso non saturo. Tale precipitazione è nettamente specifica; ed una analoga flocculazione si ha fra l'estratto di sarcomi ed il siero di sarcomatosi. In tale caso le sostanze alle quali è dovuta la flocculazione sono, una sostanza peptonata estratta dal sarcoma, ed una pseudoglobulina contenuta nel siero.

Per quanto concerne l'impianto e l'accrescimento dei tumori, il problema si connette con le osservazioni del potere del siero normale, e dell'estratto di alcuni organi normali di distruggere le cellule carcinomatose e dei fattori che possono modificare o abolire tale potere difensivo dell'organismo.

Là ove si impianta un tumore è scomparso il potere di distruggere le cellule del tumore ed inoltre in tale punto viene neutralizzata l'azione dissolvente del siero normale e degli estratti d'organi. Inoltre l'estratto del contenuto intestinale di ammalati di carcinoma modifica le globuline del siero normale sì da renderle inattive di fronte alle cellule di carcinoma. Gli studi indirizzati a identificare le sostanze contenute in detti estratti, hanno portato alla conclusione che esse sono il prodotto di una fauna intestinale patologica, per la quale, in luogo di prodotti della digestione normale dei grassi, si ha la formazione di acidi grassi non saturi, e in luogo di lipoidi normali un abnorme composto lipoideo contenente una globulina ed un idrato di carbonio.

TRENTI.

MEDICINA.

Idee odierne sull'influenza.

(F. NEUFELD. *Med. Klinik*).

1° *Etiologia.* — L'agente dell'influenza è il bacillo di Pfeiffer. Ciò è stato definitivamente dimostrato da due americani, Blake e Cecil, ai quali riuscì di provocare nelle scimmie l'infezione tipica per mezzo di culture pure del germe. Essi sono riusciti a rendere il bacillo di Pfeiffer, coltivato su agar-sangue, costantemente patogeno per le scimmie, coll'accrescere la virulenza per mezzo di passaggi su topi prima, da peritoneo, a peritoneo di scimmie poi. Dopo una serie di tali passaggi i germi istillati sulla mucosa della bocca, o fatti inalare, o iniettati nella trachea alle scimmie provocano in tutti i casi un'infezione tipica: dopo un'incubazione di 3-5 ore, gli animali ammalano con prostrazione somma, rinnite, tracheite, in alcuni casi bronchite e broncopolmonite; le scimmie uccise mostrarono nei vari organi tipi che alterazioni influenzali e macro- e microscopiche.

2° *Epidemiologia.* — Il bacillo di Pfeiffer provoca i casi sporadici di influenza, le leggere epidemie e le gravi pandemie. Fuori dei periodi epidemici, il bacillo si riproduce probabilmente in diverse affezioni catarrali delle vie respiratorie. Alla determinazione delle gravi pandemie contribuiscono due fattori: *a*) le condizioni di immunità; *b*) la virulenza del germe.

a) Le condizioni di immunità: un attacco di influenza può immunizzare e può non immunizzare un soggetto colpito; l'immunità consecutiva sta probabilmente in diretto rapporto con la virulenza dell'infezione. Ciò spiega perchè i casi endemici e le epidemie leggere non immunizzino la popolazione, mentre le gravi pandemie evidentemente lasciano un'immunità: tra le singole pandemie trascorrono delle decine di anni; tempo necessario a che si sviluppi una nuova generazione d'uomini non immunizzata, perchè non vivente durante l'antecedente pandemia.

b) La virulenza del germe: Perchè si determini una pandemia influenzale, è necessaria un'esaltazione di virulenza del bacillo di Pfeiffer, quale può raggiungere soltanto in seguito a passaggi in serie su individui completamente recettivi. La recettività della generazione nuova di uomini non è completa, perchè in certo qual modo diminuita dai contatti coi casi sporadici od epidemici leggeri che ogni inverno si presentano. È necessario l'attecchimento su un terreno vergine da influenza, quale non esiste che fuori d'Europa. Da questi paesi il germe terribilmente virulento ritorna in Europa e vi provoca le disastrose pandemie.

Così nella pandemia del 1889 l'influenza fu portata in Europa dagli abitanti di Buchara; nella pandemia recente dalle truppe ausiliarie nere, il che spiega il suo inizio sul fronte occidentale.

3° *Profilassi.* — Sembra che la vaccinazione con culture uccise abbia dato dei risultati soddisfacenti; però l'immunità conseguita è di breve durata. L'uomo si contagia di influenza in seguito all'inalazione di gocce di saliva, proiettate nell'ambiente dagli ammalati con la tosse e con lo starnuto; la sola profilassi efficace è l'educazione sociale a non tossire o starnutire senza tenere il fazzoletto innanzi alla bocca o al naso.

POLLITZER.

Sull'eziologia dell' influenza.

(LOEWENHARDT FELIX. *Centralblatt f. Bakt. Parasit, und Infek. Originale.* Bd. 85, H. 2, ottobre 1920).

L'A. riporta brevemente i risultati ottenuti dai vari ricercatori nelle epidemie di influenza, e accenna come discordi siano le opinioni circa l'importanza del bacillo di Pfeiffer quale agente specifico dell'influenza.

Così anche durante l'epidemia del 1918 mentre Uhlenhut, Gotschlich, Bergmann, Klemperer, Neisser, Netter, Besançon, Hammond, Rolland, ritrovarono con notevole frequenza il bacillo di Pfeiffer tanto nell'espettorato e nel secreto faringeo quanto negli organi, d'altra parte Mandelbaum, Hirschbruch, Lubarsch, Benda, Schmorl, Hesse, Schöppler, Grüber, Kolle, Friedmann, Schottmüller, ecc. ebbero risultati negativi.

Numerose furono le ricerche tendenti a scoprire l'agente specifico dell'influenza, giacchè la disparità dei risultati ottenuti faceva pensare, che non si potesse più considerare il bacillo di Pfeiffer come l'esclusivo elemento eziologico dell'influenza.

E. Bernhard e Meyer indicarono il *diplococcus epidemicus*, Leitner un diplococco Gram-negativo, V. Hoogen Luijze un bacillo simile a quello della peste agglutinabile col siero dei malati, non patogeno per gli animali di laboratorio. Sorse pure l'ipotesi che l'influenza fosse dovuta ad un virus filtrabile, ed Augerer riscontrò nel sangue di ammalati, e nell'essudato polmonare di morti di influenza dei corpicciuoli coltivabili in brodo glucosato; Binder e Prell ebbero reperti analoghi ed indicarono tali corpicciuoli col nome di enigmoplasma dell'influenza. Risultati simili ebbero Leschke, Bradford, Bashford e Wilson.

Le inalazioni di filtrato per candela Berkefeld del liquido di lavaggio della cavità faringea di ammalati di influenza, ebbero secondo Selter risultati negativi, le iniezioni sottocutanee degli stessi filtrati diedero risultati positivi a Nicolle, Lebailly, mentre senza alcun effetto rimasero le iniezioni endovenose di sangue filtrato.

Gibson, Bowmann, Connor, inocularono nella camera anteriore dell'occhio nelle scimmie del materiale di influenzati, filtrato, ed ebbero risultati positivi.

L'A. compì una serie di ricerche durante l'epidemia di influenza verificatasi a Breslavia. La morbilità fu massima nel 1918 (70 ‰), scarsa nel 1919 e ritornò notevole nel 1920 (40 ‰), tanto che la curva dell'epidemia presenta due ondate, una nel 1918 ed una nel 1920.

Le ricerche bacteriologiche furono compiute su 800 casi, usando la seguente tecnica:

Essudato faringeo. — Prelevamento con tampone di ovatta sterile e strisciamento su piastre di agar-sangue di piccione.

Sputo. — Un fiocchetto di espettorato era lavato con soluzione fisiologica sterile. Alcune ansate del liquido di lavaggio erano seminate in agar-sangue di piccione.

Il pus e gli altri secreti erano seminati sempre in agar-sangue di piccione o direttamente o dopo diluizione con soluzione fisiologica.

La ricerca negli organi era compiuta prelevando un pezzetto d'organo con un bisturi sterilizzato, poi strisciando l'ansa sulla superficie di sezione e con essa praticando semine in agar-sangue.

L'A. osservò che tanto negli strisci, quanto nelle culture invecchiate si ritrovavano dei granuli che egli interpretò come forme involutive del bacillo dell'influenza.

I reperti bacteriologici ottenuti da Loewenhardt possono così essere riassunti.

Il bacillo di Pfeiffer fu riscontrato nel 25 % dei casi nel periodo giugno-dicembre 1918 in individui che non presentavano segni clinici di influenza, e nel 5,26 % dei casi nel periodo gennaio-marzo 1920.

Sopra 160 casi di influenza accertata clinicamente il bacillo di Pfeiffer venne isolato 122 volte dall'espettorato, cioè nel 76,25 %. L'esame dell'essudato faringeo fu positivo nel 52 % dei casi, ma tale percentuale può essere elevata se si tiene conto della labilità del bacillo di Pfeiffer e della circostanza che non sempre la semina potè essere compiuta immediatamente, dopo il prelevamento, al letto del malato. Infatti con ricerche comparative l'A. potè dimostrare che il reperto può essere positivo nel 91.11 % dei casi quando la semina sia fatta al letto del malato (41 casi positivi su 45) mentre la percentuale dei reperti positivi scende al 30.4 % quando la semina è compiuta dopo 4 o 6 ore dal prelevamento e che le colture rimangono sterili, se l'intervallo fra prelevamento e semina è di 24 ore.

La ricerca del bacillo dell'influenza in 179 casi di tubercolosi fu positiva 19 volte cioè nel 10.62 %.

Le culture del sangue risultarono sempre negative e pure negative furono le ricerche nel liquido cefalo-rachidiano. L'esame bacteriologico del pus di 12 casi di empiema consecutivo ad influenza, diede luogo 2 volte all'isolamento del bacillo di Pfeiffer.

L'A. ricercò pure il bacillo dell'influenza negli organi e sopra 56 casi potè isolare il ba-

cillo di Pfeiffer dai polmoni e dalla trachea nel 57.14 %. Ebbe reperti positivi 2 volte da culture della milza, 1 volta da culture delle ghiandole peribronchiali, 5 volte dal pus di caverne polmonari e 2 volte dal pus dell'orecchio.

L'A. conclude in base ai reperti ottenuti sull'importanza del bacillo di Pfeiffer e sulla sua specificità nell'eziologia dell'influenza.

TRENTI.

CHIRURGIA.

Il trattamento degli empiemi pleurici tubercolari.

(W. JEHN. *Münch. mediz. Woch.*, n. 18, 6 maggio 1921).

Nel trattamento degli empiemi pleurici acuti non tubercolari si deve avere in mira di ottenere la riespansione del polmone in parte o del tutto retratto; se ciò non può essere ottenuto residua una cavità piogenica che turba gravemente le condizioni generali del paziente e richiede l'esecuzione di toracoplastiche. Nel trattamento degli essudati tubercolari si deve procedere guidati da criteri del tutto diversi.

Dopochè si è appreso che nella tubercolosi unilaterale la comparsa di un essudato pleurico è favorevole alla guarigione del processo polmonare, occorre rinunciare fin al principio alla riespansione del polmone che potrebbe occasionare una nuova diffusione del processo tubercolare.

Evacuare questi essudati con la toracotomia è, secondo l'esperienza, un grave errore. In primo luogo se, come spesso accade, il polmone si ridestende, si perderà il vantaggio del collasso polmonare; se poi la riespansione del polmone non avvenisse o non avvenisse in modo completo, residuerebbe una cavità nella quale attecchirebbero infezioni secondarie. Si avrebbe un grave empiema fistolizzato e l'esito fatale sarebbe irrevocabilmente accelerato.

Da quando si è cominciata a usare la collassoterapia per il trattamento della tubercolosi polmonare queste evenienze sono divenute note in modo ben chiaro. Dobbiamo perciò trattare questi essudati secondo altri criterii e con altri mezzi.

In ogni processo tubercolare polmonare incipiente o avanzato la pleura può direttamente o indirettamente esser tratta a partecipare al processo morboso.

Tra i foglietti pleurici possono precocemente formarsi aderenze che oblitereranno in tutto o in parte l'interstizio pleurico; allora nelle tubercolosi con fenomeni di raggrinzamento questo carattere della malattia in certo qual modo si proietta sulla parete.

La retrazione della parete toracica, lo spostamento del cuore e del mediastino verso il lato malato e il sollevamento del diaframma caratterizzano questo quadro morboso.

In altri casi si formano essudati pleurici, conseguenza dei quali è una retrazione parziale o totale del polmone. Questi essudati possono esser non specifici: essi sono l'espressione della grande sensibilità della pleura verso ogni stimolo di natura chimica, meccanica o tossica. Essi rappresentano un momento favorevole nel decorso di una tubercolosi polmonare unilaterale poichè in molti casi conducono a guarigione il processo tubercolare per effetto del riposo del polmone, delle variazioni di volume, di momenti biologici come le modificazioni della circolazione sanguigna e linfatica e la produzione connettivale.

Se i versamenti pleurici sono specifici sono per lo più l'espressione della diffusione del processo tubercolare dal polmone alla pleura; la pleura polmonare si trova allora disseminata di tubercoli tipici.

Di queste due forme di essudati pleurici, specialmente l'ultima, può precocemente divenire purulenta. Si sviluppa un empiema tubercolare che resta sempre privo di piogeni, mentre ordinariamente presenta grandi quantità di bacilli tubercolari.

Fino a che questi essudati non aumentano troppo rapidamente e fino a che non si incapsulano esercitano una limitata pressione sul mediastino. Solo nel momento nel quale si verifica il contrario si hanno gravi spostamenti del mediastino che, se non vengno tempestivamente riconosciuti e trattati, possono aver per conseguenza la morte del paziente.

In altri casi, precisamente come l'empiema acuto della pleura, possono perforarsi in forma di *empyema necessitatis* e condurre a ascessi sottocutanei, sottodiaframmatici e mediastinici, i quali per mezzo di una fistola restano sempre in comunicazione con l'empiema pleurico.

Molto più sfavorevoli sono le condizioni se la perforazione avviene nei polmoni. Là dove per l'esistenza di caverne sottopleuriche la pleura è sottile, la parete della caverna può esser perforata e stabilirsi così una comunicazione tra pleura, caverna e bronchi. Allora l'essudato pleurico viene vomitato.

Il quadro clinico è molto caratteristico. Dopo sforzi o accessi di tosse i pazienti hanno un forte dolore nel lato malato. Segue un transitorio collasso, il respiro diviene breve, superficiale, il polso piccolo e molle. Se la febbre

mancava, compare nei giorni successivi. Se l'espettorato era scarso, diviene abbondante; si hanno vomiche. Lo stato generale si aggrava, le temperature prendono il carattere della sepsi; il paziente decade e poi soccombe alla sepsi o all'amiloidosi.

L'esame clinico, invece dell'intensa ottusità dovuta all'essudato, dimostra i segni di un piopneumotorace. La puntura esplorativa permettendo di mettere in evidenza stafilococchi, pneumococchi, streptococchi fornisce la prova batteriologica dell'infezione mista della pleura già diagnosticata clinicamente.

Uno stato di cose simile può stabilirsi per un processo inverso. In pazienti con pleura libera, dopo uno sforzo o un improvviso colpo di tosse, può formarsi un pneumotorace spontaneo. Questo ordinariamente si riassorbe, ma occasionalmente può divenire un pneumotorace sotto tensione.

Molto più frequentemente le caverne, per arrosione della loro parete, si perforano nella pleura fino allora intatta. Anche questa evenienza provoca nei pazienti sintomi simili a quelli della perforazione di un empiema nel polmone con la differenza però che i pazienti con perforazione di una caverna nella pleura hanno per lo più un arresto dell'espettorazione. Compare invece rapidamente nel lato malato un piopneumotorace e solo quando l'essudato ha raggiunto una considerevole quantità può venir espettorato. Anche questo piopneumotorace è gravemente settico e decorre con un quadro clinico simile a quello dell'empiema perforato.

La prova della comunicazione degli essudati pleurici con l'albero bronchiale, se l'anamnesi e l'esame fisico concordano, può esser data clinicamente. Essa vien facilitata col semplice artificio di iniettare con una siringa un po' di bleu di metilene nell'essudato.

Il terzo gruppo di essudati pleurici sierosi o purulenti è divenuto frequente da quando si usa il pneumotorace nella terapia della tubercolosi polmonare. Secondo Brauer e Spengler nel 50 % dei pneumotoraci terapeutici si sviluppa un essudato nella pleura. Ciò non meraviglia se si pensa quanto sensibile sia la pleura a ogni stimolo e come rapidamente reagisca con la formazione di un essudato. Sappiamo inoltre che ogni pneumotorace chiuso diminuisce la resistenza della pleura contro le infezioni e sappiamo infine che, per legge generale, ogni cavità nel corpo, sia essa congenita o traumatica, tende a riempirsi di liquido.

È noto come rapidamente questi essudati tendano a spostare il mediastino.

Il decorso del quadro morboso muta secondo il carattere dell'essudato; se esso è sterile si accresce molto lentamente e può forse essere considerato come un ulteriore momento utile alla guarigione del processo tubercolare e, se si vuole, può essere evacuato e fatto scomparire definitivamente con una sola puntura.

Questi essudati sterili possono venir infettati o per colpa di una puntura scorrettamente eseguita o perchè, durante un rifornimento di gas nel pneumotorace, il polmone venga leso o semplicemente vengano lacerate delle aderenze. Ma molto più frequentemente l'infezione viene dai polmoni: i germi giungono alla pleura dalle callosità e dalle cicatrici per la via linfatica oppure processi broncopolmonitici raggiungono la pleura e la infettano.

Un'altra via d'infezione è quella ematica. Se nel corpo esiste un qualche focolaio infiammatorio (foruncolo, angina, osteomielite, ecc.) può avvenire per la via ematogena un'infezione di questi essudati i quali in certa maniera rappresentano un *locus minoris resistentiae.*

Finalmente l'infezione può avvenire direttamente o perchè si perfori una caverna o perchè l'essudato che cresca rapidamente si vuota in un bronco.

Comunque l'infezione si sia stabilita, essa è sempre di grave prognosi e spesso segna l'inizio del periodo terminale. La maggior parte di questi soggetti, dopo aver subito la toracotomia e forse proprio perchè toracotomizzati, vanno rapidamente incontro all'esito letale.

La toracotomia metodica deve essere evitata, poichè essa apre ampiamente la via alle infezioni miste. Essa deve essere riservata solo ai più gravi casi di infezione mista nei quali, trascurando le condizioni fisiche del polmone malato, tutto dipende dalla necessità di svuotare rapidamente la pleura e così sottrarre i pazienti al pericolo della infezione grave già esistente.

Il trattamento degli essudati pleurici specifici e non specifici in pazienti di tubercolosi polmonare deve seguire un indirizzo completamentte diverso da quello che si segue nel trattamento degli empiemi acuti; si deve in ogni caso evitare una comunicazione ampia e prolungata tra la pleura e il mondo esterno.

Una prima ragione è che dopo la toracotomia il polmone può ridistendersi e il processo tubercolare può trovare in ciò l'occasione per diffondersi ulteriormente; una seconda ragione, non certo meno importante della prima, è nel fatto che l'apertura del torace apre la strada a gravi infezioni miste della pleura.

L'unico trattamento conveniente rimane perciò la puntura; la toracotomia non deve essere eseguita che nelle infezioni miste molto gravi. La puntura è assolutamente indicata appena l'essudato sieroso o purulento, con o senza neumotorace, produce uno spostamento mediastinico. In questi casi ha un'indicazione vitale. Certamente dopo la puntura l'essudato si riformerà. Gli essudati sierosi, dopo una o più punture, possono scomparire definitivamente; gli essudati purulenti sono più ostinati.

Anche il tentativo di impedire la riespansione del polmone iniettando azoto nella pleura, dopo svuotato l'essudato, fallisce in molti casi. Presto si riforma l'essudato e l'evoluzione del male riprende il corso di prima.

Fu proposto di disinfettare la pleura nei casi di infezione lieve iniettando della soluzione di Lugol. Questo tentativo in qualche caso è stato seguito da successo. Brauer e Spengler hanno riferito alcuni casi nei quali l'essudato è divenuto prima più tenue, poi sieroso e infine è scomparso.

Ma se l'infezione della pleura è grave, non si può applicare altro mezzo terapeutico che la toracotomia. In tal caso la considerazione che il polmone si riespanderà passa in seconda linea in confronto del pericolo grave nel quale tali pazienti si trovano per causa della infezione mista. La toracotomia arreca un immediato vantaggio; ma dopo giorni, settimane o mesi l'esito letale per sepsi o per amiloidosi avverrà fatalmente. L'applicazione dei drenaggi sembra all'autore sconsigliabile in questi casi. Meglio è fare una ampia resezione costale e poi tamponare ampiamente la pleura con un tampone secondo Mikulicz. Il tamponamento ha il vantaggio di comprimere il polmone, di assorbire gli essudati e d'impedire la libera comunicazione della pleura con l'esterno. Procedendo in tal modo si son veduti i pazienti divenire a poco a poco apirettici mentre la pleura diveniva povera di germi. Ci si avvicina così al concetto di eseguire in tali casi la toracoplastica poco dopo la toracotomia ampia. Lo scopo è di impiccolire la cavità toracica e di trasformarla in una cavità virtuale.

L'operazione che deve essere eseguita extrapleuricamente e perciò asetticamente, sebbene possa essere compiuta in più tempi, è grave e solo in pochi casi è seguita da successo. Certamente rimane in molti casi una fistola e questa richiederà poi numerosi interventi perchè possa chiudersi. Tuttavia la guarigione è possibile se l'infezione pleurica è dovuta solamente a piogeni; se esiste anche una tubercolosi della pleura, la fistola rimane definitiva.

Un'altra via fu proposta da Spengler. Prima di eseguire la toracotomia, la gabbia toracica dovrebbe venir ristretta. Si comincia con lo svuotare la pleura con una puntura evacuatrice e subito dopo si esegue una toracoplastica extrapleurica, così che il cavo pleurico viene ridotto a una fessura. Se poi l'essudato si riforma, esso non può più raggiungere le dimensioni di prima perchè non v'è più lo spazio e, se la toracotomia apparirà necessaria, la cavità che si dovrà mettere in comunicazione con l'esterno sarà ridotta. Questa proposta ha il vantaggio di permettere un'operazione completamente asettica, come le toracoplastiche extrapleuriche che si fanno nella tubercolosi polmonare unilaterale.

Operazioni gravi come la toracoplastica secondo Friedrich debbono *a priori* essere scartate; è al più permesso di eseguire la toracoplastica in una, in due o anche in tre sedute da un taglio paravertebrale, come si usa fare nelle cliniche di Zurigo e di Monaco (Sauerbruch).

La caratteristica del metodo consiste nell'eseguire una preventiva cospicua evacuazione pleurica mediante puntura. Il polmone si ridistende più o meno per effetto della evacuazione pleurica; ma non si lascia, per così dire, al processo tubercolare il tempo per diffondersi, perchè poco dopo si esegue la toracoplastica.

L'esperienza ha dimostrato che questo modo di procedere è giusto. In un grosso gruppo di casi la cavità pleurica si è trasformata in una stretta fessura nella quale l'essudato non si può raccogliere. Contemporaneamente il polmone resta in uno stato di retrazione che è favorevole alla guarigione del processo tubercolare.

Bisogna ora domandarsi: in quali casi debbono essere usati i diversi metodi dei quali disponiamo?

Negli essudati pleurici di ogni natura che compaiono nei pazienti di tubercolosi polmonare si fa il trattamento con le punture evacuatrici e si sostituisce subito il liquido con l'azoto.

Se l'essudato è fatto di pus tenue, sia esso tubercolare o dovuto a una lieve infezione piogenica, si comincia col tentare il trattamento delle punture evacuatrici seguite da iniezioni di azoto nella pleura. Si può anche tentare di sterilizzare la pleura con iniezioni di liquido di Lugol.

Se questo tentativo non riesce, dopo preventiva aspirazione dell'essudato, si esegue in due o tre sedute una estesa toracoplastica.

La toracoplastica è tanto più indicata in quanto che in un non piccolo numero di casi

vediamo come sia l'essudato, come il pneumotorace o anche i due insieme non possono agire che parzialmente poichè i polmoni, a cagione delle aderenze degli apici con la pleura parietale non possono collabire. E nelle parti non retratte del polmone si trovano ordinariamente le caverne nelle quali abbondantemente si raccolgono materiali ricchi di bacilli.

I risultati di questi procedimenti sono di solito buoni.

Ma poichè dopo l'esecuzione della toracoplastica rimane una piccola fessura pleurica, è possibile che in essa si raccolgano di nuovo degli essudati. Questi essudati possono produrre gravi spostamenti mediastinici oppure possono respingere la parete toracica mobilizzata e così render vano l'effetto dell'operazione. In tali evenienze è ancora raccomandabile di pungere le raccolte e tentar di esaurire l'essudato con tal semplice mezzo. Dopo la puntura è necessario fissare la parete toracica mobilizzata con bendaggi di cerotto.

Se il tentativo di guarire la raccolta con le punture non riesce, si deve eseguire la toracotomia. Rimarrà una fistola lunga e stretta che se non può guarire spontaneamente, sarà curata con plastiche.

Molto diverse sono le condizioni negli empiemi gravemente infetti. In tali casi l'intossicazione è il fenomeno predominante e la necessità di evacuare completamente l'essudato è assoluta. Certamente metteremo in comunicazione con l'esterno una grande cavità che non avrà più tendenza a chiudersi; ma non possiamo far nulla di meglio. La toracotomia deve esser ampia e seguita da tamponamento. Successivamente, appena le condizioni del paziente lo permettono, si deve procedere alla riduzione della cavità empiematica. Questa deve essere eseguita in più sedute e con maggiori riguardi che negli altri casi. Si comincerà col ridurre la parte superiore della cavità e poi — a gradi a gradi in più tempi, senza sottoporre il paziente a traumi gravi — si completerà la riduzione verso il basso. Restano ordinariamente delle fistole che, se l'empiema avvenne per la perforazione di una caverna o per lo svuotamento di un essudato nei bronchi, è una fistola bronchiale. Il problema di curar queste fistole non si presenterà che più tardi quando le condizioni generali saranno divenute buone.

Evidente è che quest'ultimo gruppo di pazienti è quello che dà il minor numero di buoni risultati. Una parte considerevole di essi deve *a priori* essere escluso dalla cura chirurgica perchè è in condizioni generali da non poterla tollerare e un'altra parte certo soccombe durante il trattamento; ma non pochi pazienti hanno ricevuto un così considerevole miglioramento da incoraggiare a persistere nello stesso indirizzo terapeutico.

EGIDI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

VOELCKER und WOSSIDLO. *Urologische Operationslehre*. Leipzig, 1921. Verlag von Georg Thieme.

La parte principale riguardante la tecnica operatoria è preceduta da una descrizione della asepsi, della antisepsi e della anastesia che occorrono nella pratica urologica. Questi argomenti sono svolti ampiamente ed è indicata una serie di piccoli artifici nei quali il lettore troverà la soluzione di numerosi problemi dall'apparenza modesta, ma tuttavia molto importanti.

Alla compilazione del trattato hanno contribuito urologi e chirurghi insigni, tra i quali citeremo solo alcuni. La tecnica delle operazioni endoscopiche uretrali è stata trattata da E. Wossidlo; quella delle operazioni endoscopiche vescicali da Blum. Il Voelcker ha svolto il capitolo delle operazioni chirurgiche sulle vescichette seminali e sulla vescica; il Kümmell ha trattato le operazioni sui reni e sui bacinetti; Zuckerkandl e Paschkis quelle sugli ureteri.

In ogni capitolo la descrizione degli atti operatori è preceduta da ricordi anatomici e questi sono illustrati da molte figure.

Il libro è spoglio di superflua erudizione e perciò si raccomanda al pratico il quale trova in esso ciò che occorre, senza doverlo ricercare tra i ricordi storici. Questi non sono trascurati completamente, ma, quando vengono fatti, vengono per lo più racchiusi in appositi capitoli.

Uno sviluppo limitato ha avuto quella serie di operazioni che la moderna pratica ha abbandonato. Invece descrizione e illustrazione ampie hanno avuto tutte le operazioni che sono in uso attualmente; anche se l'indicazione a eseguirle sia rara. Il trattato di Voelcker e Wossidlo si può perciò a ragione definire un trattato completo della moderna tecnica operatoria del tratto urinario.

Esso consta di circa 600 pagine in 8º, si presenta in una ricca veste tipografica ed è illustrato da 445 figure in gran parte colorate e da tre tavole a colori.

L'abbondanza delle illustrazioni, la loro esattezza anatomica e l'arte con la quale sono state eseguite rendono facile e gradevole la comprensione della materia.

Del libro era uscita la prima parte durante la guerra; ora, con la data del 1921, l'opera esce al completo. In un volume non eccessivamente grande è contenuto quanto una larga esperienza ha fino a questo momento insegnato a persone le quali hanno il merito di aver fatto fare notevoli progressi alla chirurgia urologica.

Il libro è perciò da salutare come un'opera insigne e perfettamente riuscita nello scopo di insegnare agli inesperti e di fornire anche agli esperti preziose informazioni. EGIDI.

E. KISCH. *Diagnostik und Therapie der Knochen und Gelenktuberkulose.* Leipzig, 1921, Verlag von F. C. W. Vogel.

Alla cura operatoria della tubercolosi ossea e articolare si è rimproverato che la guarigione si ottiene a costo di accorciamenti ossei e del sacrificio più o meno completo della mobilità articolare. Con l'immobilizzazione, con la somministrazione di iodio, con l'iperemia passiva, con l'elioterapia, con la radioterapia sole o associate in vario modo tra loro si è cercato di ridurre al minimo la necessità di ricorrere alle operazioni. Recentemente hanno acquistato grande fama le cure solari eseguite in alta montagna e i risultati ottenuti da alcuni, specialmente dal Rollier a Leysin, hanno reso evidente come il soccorso operatorio non sia necessario che eccezionalmente.

Il problema della cura non operatoria della tubercolosi cosiddetta chirurgica ha interesse insieme scientifico e sociale e merita perciò grande considerazione. Il prof. Bier di Berlino, che già si era reso benemerito per l'introduzione del trattamento con l'iperemia passiva, ha inviato l'A., che è suo assistente, a studiare a Leysin il trattamento con l'elioterapia e poi lo ha posto alla direzione di un sanatorio per tubercolosi osteoarticolare istituito ad Hohenlychen, in Germania, in una località nella quale mancano i vantaggi dell'alta montagna. Ciò non ostante i risultati ottenuti sono stati molto buoni e il libro dell'A. lo dimostra in modo suggestivo.

Con considerazioni d'indole fisica e con esperimenti, contrariamente a quanto altri avevano affermato, l'A. dimostra che i raggi terapeuticamente attivi sono quelli calorifici i quali, nello spettro solare, sono egualmente abbondanti in pianura come in montagna. Essi agiscono col meccanismo della iperemia che provocano in alto grado.

Il trattamento usato ad Hohenlychen consiste nella elioterapia associata alla iperemia da stasi ed alla cura iodica. Le particolari indicazioni e la tecnica del trattamento sono esposte nel libro dell'A. nei più minuti particolari. Il lettore vi troverà riferito e illustrato tutto quanto si esegue in un istituto nel quale si ottengono risultati veramente considerevoli quali quelli che ben a ragione l'A. può vantare.

La veste libraria è ricca. Illustrano il testo 6 tavole e 361 figure. EGIDI.

Dott. G. VENTURELLI. *I prodotti della fermentazione lattica nella cura delle ferite settiche.* — Tipografia Schoenfeld, Zara, 1920.

Le ferite di guerra sono affatto differenti da quelle della pratica civile, perchè in guerra ogni ferita d'arma da fuoco è infetta sin dall'inizio. E l'infezione è dovuta a microrganismi abitatori soliti dell'intestino di uomini e animali e del terreno, donde passano negli abiti dei soldati che con esso vengono continuamente a contatto. Fra questi germi patogeni, quelli però che espongono l'ammalato a maggiori pericoli sono le forme bacillari anaerobiche, e lo streptococco, specialmente per i suoi rapporti di associazione con gli anaerobi.

Il modo migliore di combattere l'infezione è stato oggetto di lunghe discussioni non ancora sopìte. Alcuni AA. sono partigiani della escisione totale con successiva sutura primaria delle ferite, ma questo è però possibile solo in talune di esse che soddisfano a determinate condizioni.

I sostenitori dell'asepsi lasciano all'organismo tutto il compito della difesa contro gli agenti infettanti, accontentandosi di medicare le ferite suppuranti asetticamente con garza sterile. Questo metodo fa quindi assegnamento completamente ed esclusivamente sulla *vis medicatrix naturae.*

Così i metodi di cura, secondo i metodi biologici, consisterebbero solo nel cercare di esaltare la resistenza organica generale e locale, accrescendo i poteri batteriotropici del sangue e modificando anche la sensibilità chemiotropica dei leucociti con iniezioni di vaccini e con iniezioni ed applicazioni locali di sieri. L'uso dei vaccini, più che curativo, è però solo profilattico: e quello dei sieri, tutt'al più, non può che rappresentare un sussidio complementare in mano al chirurgo.

Altri AA. ricorrono a dei metodi fisiologici con i quali cercano di rendere la linfa incoagulabile, di stimolare la emigrazione leucocitaria e di aumentare il flusso linfatico delle pareti della ferita, allo scopo di eliminare meccanicamente e gli organismi infettanti e il materiale necrotico. Fra questi AA. sopra tutti vanno menzionati Wright e Delbet.

La maggior parte dei chirurghi però ritiene che il metodo antisettico sia il solo capace di

fare abortire, o rispettivamente cessare, l'infezione di una ferita.

Ma anche gli antisettici vanno considerati, oltre che per la loro azione generica, anche in riguardo a molti altri fattori, quali: il potere irritante, la tossicità, la solubilità, la capacità di penetrare nei tessuti e di esserne da questi assorbiti in modo da reagire colle materie proteiche e gli altri costituenti dei tessuti.

Basandosi sulle proprietà vitali antagoniste tra di loro di certi germi, con un indirizzo tutt'affatto nuovo, fin dall'inizio della guerra, si è tentato di ovviare a questi inconvenienti e, sempre allo scopo di vincere l'infezione locale, di applicare nella ferita dei germi dotati di azione antagonista a quella dei germi patogeni. Questa idea è stata suggerita dalle classiche ricerche di Metchnikoff sul bacillo lattico nella cura delle infezioni intestinali.

Perfezionando questi concetti Samarani ha potuto sostituire le culture di bacillo lattico nella cura delle ferite settiche con un prodotto della fermentazione lattica, che non è che siero di latte arricchito del 2 % di peptone, e fermentato fino al 1.3-1.4 % di acido lattico, a mezzo di colture centrifugate di bacilli lattici epsilon, di Freundenreich selezionati, e sterilizzato.

Venturelli di questo liquido controlla innanzi tutto il suo potere antibatterico, misurandolo in confronto dello stesso potere dei più comuni antisettici usati. Poi studia le sue proprietà di impedire l'insediarsi nei tessuti ai germi della putrefazione e di arrestare la fermentazione putrida della carne, già in atto. Inoltre questo A. prova di questo siero di latte acido anche il potere antisettico su vari germi patogeni.

Dal complesso delle sue esperienze Venturelli conclude che anche il siero di latte acido, benchè meno potentemente dei soliti antisettici in uso, è un ottimo disinfettante, per lo speciale ambiente biochimico che crea in seno alla ferita, disadatto allo sviluppo degli altri germi: da preferirsi a tutti gli altri per la sua proprietà di non disturbare la vitalità degli elementi fisiologici dei tessuti.

L'A. fa quindi seguire una casistica dove, per ogni ferita, riporta anche le grafiche dell'andamento batteriologico, seguito quasi giorno per giorno, facendo degli strisci prima di ogni medicazione con materiale prelevato in vari punti, e contandone i germi di moltissimi campi, dei quali faceva poi la media; e conclude che, per i risultati favorevoli da esso ottenuti, il nuovo metodo di cura delle ferite, mediante i prodotti della fermentazione lattica, merita di essere largamente diffuso nella cura delle ferite settiche in genere.

A. S.

The Medical Annual, XXXIX Anno. Un volume in-8 di pag. 616, con 40 tavole e 134 figure. Bristol, John Wright & Sons Ltd. 1921. Rilegato. Prezzo s. 20.

I volumi di questa serie contengono un resoconto preciso ed esteso delle conquiste compiute di anno in anno dalla medicina, preferibilmente di quelle consegnate nella letteratura medica inglese e nord-americana.

Essi si rendono molto utili a tutti coloro che si fanno un dovere di seguire dappresso i rapidi e incessanti progressi della medicina.

Hanno intendimenti pratici: riportano con esattezza e nei dettagli i metodi diagnostici e terapeutici e le indicazioni e controindicazioni. L'ordine alfabetico delle varie rubriche e l'indice alfabetico generale agevolano le consultazioni.

Nel volume attuale hanno un posto notevole la batteriologia (forme granulari dei batteri, differenziazione del bacillo difterico, ecc.), l'ematologia (vita degli elementi del sangue), questi ultimi di offrire il loro personale purchè la cardiologia (skiagrafia, elettrocardiologia), la chirurgia intestinale (diverticolite), l'opoterapia, la psicoterapia, le protesi più svariate, l'oculistica (cura incruenta della cataratta, glaucoma, ecc.), l'ostetricia (distacco idraulico della placenta, difesa del perineo, ecc.). Ci limitiamo a qualche segnalazione tra gli innumeri argomenti trattati.

L. V.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Le cisti ovariche complicanti la gestazione, il parto ed il puerperio.

Influenza delle cisti sulla gestazione. — L'esistenza della cisti diminuisce di solito l'attitudine alla fecondazione: quando questa si è verificata, possono prodursi deviazioni uterine, all'inizio retroversione, il più spesso deviazione laterale, cisti da un lato, utero dall'altro. La cisti determina in un decimo dei casi aborto o parto prematuro; può dare fenomeni di compressione, che, se la cisti è addominale, sono dispnea, cianosi, varici, emorroidi, edema; se è pelvica, incontinenza d'urina, minzione frequente e dolorosa, costipazione. (H. Vignes. *Journ. des Praticiens*, 28 maggio 1921).

Influenza della gestazione sulle cisti. — Queste raramente aumentano di volume, qualche volta assumono andamento maligno. La complicazione più frequente è la torsione, che si verifica fra il secondo ed il quarto mese, particolarmente in quelle addominali. Talvolta si hanno accidenti bruschi con grave reazione peritoneale, tal'altra vi sono solo di tanto in tanto delle crisi dolorose, senza elevazione di temperatura, con poco aumento di volume e leggeri sintomi peritonitici. Poco frequente è la rottura della cisti, che dà sintomi di peritonite acuta; può aversi anche infiammazione con esito in suppurazioni ed in aderenze.

Durante il parto. — Se la cisti è addominale, si ha di solito il parto naturale e qualche volta presentazione viziosa; le cisti pelviche, invece, quando non si interviene, determinano gravi accidenti, come rottura uterina, morte del feto e putrefazione nell'utero, rottura della cisti, specialmente se si tenta di respingerla.

Dopo il parto, la cisti è particolarmente soggetta alla torsione e talvolta alla suppurazione.

Diagnosi. — È necessario anzitutto riconoscere la coesistenza di gestazione e di cisti: questa può passare inosservata, se piccola, può prestarsi a confusione con idramnios con gestazione gemellare; si ricercherà sempre la assenza di contrazione. Può essere utile la radiografia, ed in caso di cisti pelviche, l'esplorazione rettale. La cisti può poi essere confusa con il fibroma uterino, con una gravidanza ectopica, con una retroflessione.

Fobroma uterino.	Cisti ovarica.
Manca il solco di separazione.	Solco di separazione visibile a luce radente, percettibile alla palpazione.
Trasmissione dei movimenti del tumore all'utero e viceversa.	Manca.
Indurimento durante la contrazione.	Manca
Tendenza al rammollimento col progredire della gestazione.	Tendenza ad indurire.
Gravidanza ectopica.	
Tumore al di sopra dell'utero in rapporto con la data delle ultime mestruazioni.	Sviluppo senza rapporto con il tempo della gestazione.
In caso di ematosalpinge: dolori, reazione peritoneale, metrorragie.	Mancano.
In caso di rottura: sincope, segni di emorragia.	In caso di torsione: segni peritoneali.
Retroflessione dell'utero gravido.	
Disturbi urinari.	Scarsi.
Manca alla palpazione la sensazione del fondo uterino.	Percezione del fondo uterino.
Indurimento del fondo durante le contrazioni.	Non vi è contrazione del tumore.

Dopo il parto, in presenza di un tumore liquido fino ad allora ignorato, non si deve pensare tanto alla cisti ovarica, quanto alla ritenzione d'urina; l'errore è purtroppo frequentissimo.

r. s.

Nuove osservazioni e ricerche sulla cistopielonefrite della gravidanza,

C. Colombino (*Ann. di Ost. e Gin.* settembre 1921), con lo studio di 85 casi di infezione delle vie urinarie in gravidanza porta un importante contributo alla conoscenza del problema. Quesiti da risolvere sono: la localizzazione primitiva del processo morboso, la entità delle lesioni vescicali, l'eventuale ritenzione pieloureterale, la mono- o bilateralità dell' affezione, l' eventuale compartecipazione del rene, la possibilità della misura in cui il rene stesso debba ritenersi malato, e quali sieno le prospettive di una guarigione anatomica. I metodi d'indagine sono stati la cistoscopia, il cateterismo degli ureteri, l'esame comparativo delle urine, la prova della funzionalità renale stabilita in base all'eliminazione provocata dell'acqua, dell'urea e dei cloruri, e finalmente la prova colturale dei germi. Emergono le seguenti principali conclusioni: gli agenti etiologici della malattia sono forme bacillari in cultura pura, per lo più il bacterium coli e specie affini d'origine intestinale. La partecipazione della vescica al processo morboso è pressochè costante e ben manifesta nel periodo iniziale; la partecipazione del rene è pure frequente

e precoce ora mono ora bilaterale. Spesso si hanno forme localizzate di nefrite interstiziale a tipo infiltrante o sclerosante, suscettibili per lo più di guarigione clinica, ma con permanente riduzione della funzionalità, talora con caratteri progressivi sino agli esiti più gravi e nel tipo prevalente di suppurazione pielorenale. All'infezione urinaria può associarsi un infezione puerperale, determinata dagli stessi agenti batterici, probabilmente consecutiva alla prima. Riacutizzazione e peggioramento di suppurazioni urinarie colibacillari antiche nel corso di una gravidanza.

Dal punto di vista curativo l'A. ha ottenuto brillanti risultati con la vaccinoterapia colibacillare (50 milioni per dose) per via endovenosa. Rapida guarigione e completa anche in senso batteriologico nelle forme in puerperio ed in quelle all'infuori della gravidanza. Defervescenza con miglioramento generale e locale anche in gravidanza, difficoltà però di poter raggiungere la sterilizzazione delle vie urinarie. Opportunità di combinare con la terapia batterica la solita terapia medica e quella locale.

Interruzione della gravidanza da praticarsi solo per speciali indicazioni.

R. B.

Le indicazioni dell' aborto artificiale nelle malattie cardiache e renali.

Secondo W. Wiegels (*Berliner klin. Wochens.*, 1921, n. 40) le malattie cardiache si trovano in proporzione di 1 su 200 gravide: la mortalità fra queste cardiache ascende a $1^1/_2$ %, mentre il 75-80 % non risente alcun disturbo; altri autori però danno cifre meno favorevoli. Il numero degli aborti artificiali in tali casi arriverebbe a 3-11 %.

Evidentemente ha notevole influenza il tipo di malattia; la stenosi mitralica, l'insufficienza aortica, le affezioni acute o recidivanti dell'endo-, mio-, pericardio, i casi cronici di insufficienza miocardica possono facilmente essere pericolosi, la situazione poi può farsi assai critica quando vi siano complicazioni extracardiache (tubercolosi, affezioni renali, ecc).

Davanti ad una cardiaca gravida, si deve sopratutto por mente alla funzionalità del muscolo cardiaco, che può essere intatto nonostante notevoli vizî valvolari. Se non vi è scompenso, si può stare tranquilli: in caso contrario, si deve cercare di ovviarvi con tutti i mezzi medici e particolarmente con digitale, che riesce quasi sempre, salvo nei casi di stenosi mitralica ed insufficienza aortica, per cui l'A. ritiene necessario l'aborto. A questo si è autorizzati quando fallisca la terapia interna, di fatto la mortalità nelle gravide con scompenso sale al 18 %.

Se vi è pericolo di vita, bisogna però procedere molto cauti, e comunque tentare sempre la terapia interna; prognosi più sfavorevole si ha poi con parto prematuro artificiale. Non tutti gli Autori sono d'accordo sulla convenienza di provocare l'aborto, a cui non si dovrebbe mai procedere in caso di disturbi cardiaci nervosi. Aborto e parto prematuro si provocano con le incisioni cervicali; alla fine della gravidanza si farà il parto cesareo; si eviterà la narcosi, facendo l'anestesia lombare o locale.

Per quanto riguarda *le malattie renali*, le forme croniche non esigono senz'altro l'aborto: il pericolo dell'uremia del resto esiste anche senza la gravidanza: l'anamnesi, la durata, il decorso della malattia anche prima della gravidanza potranno consigliare in proposito. In presenza di sintomi minacciosi, quali malessere, vomito, alta pressione, retinite, non si deve esitare; analogamente quando vi sia scompenso cardiaco. Molto grave è la situazione, quando vi sia edema congiuntivale, distacco retinico, embolia dell' arteria centrale, amaurosi uremica; si deve quindi provocare l'aborto, e così pure quando vi sia il timore di un distacco precoce di placenta. Bisognerà sempre tentare anche la terapia interna. Affatto raro è il caso che si debba intervenire per nefrite acuta; quasi mai nel rene gravido, sotto la quale denominazione si riuniscono l'idrope delle gravide, l'albuminuria, la nefropatia, l'eclampsia, che riconoscono tutte una medesima causa, e sono probabilmente dovute ad influenze tossiche: in tali casi si ricorrerà al parto prematuro.

Raramente costituiscono indicazioni per l'aborto le pieliti e le malattie renali con produzione di pus.

fl.

Le recidive nel carcinoma della mammella.

La metastasi negli organi interni, dopo l'asportazione della mammella per carcinoma, può provocare sintomi non sempre ben definiti. La metastasi ha luogo di preferenza nel polmone e nella pleura, di solito dallo stesso lato del carcinoma, ma talora anche dal lato opposto. I sintomi sono quelli del carcinoma primitivo del polmone o della pleura, cioè tosse senza abbondante espettorazione, respiro affannoso e, talvolta, dolori al torace; i segni obbiettivi si manifestano 1-3 anni dopo l'operazione ed anche più tardi. Qualche volta la recidiva si ha nelle ghiandole mediastiniche, senza compartecipazione del polmone: i segni

sono quelli del tumore mediastinico, e di compressione di un bronco, con o senza versamento pleurico. Lo schermo fluorescente sarà un prezioso aiuto per la diagnosi.

La recidiva può avere luogo nell'addome e presentare un quadro imbarazzante; la localizzazione addominale più frequente si ha nel fegato. Un gruppo caratteristico è dato dalle recidive nelle ossa: ne risulta una particolare forma di anemia grave, denominata mielotisi, il sangue presenta le particolarità di una combinazione fra l'anemia perniciosa e la leucemia mieloide: notevole diminuzione delle emazie, con qualche aumento di leucociti e presenza di normoblasti, megaloblasti, mielociti in abbondanza. Siccome il primo sintomo, che attira l'attenzione, è l'anemia, sono possibili gli errori di diagnosi: in altri casi il primo disturbo può essere dato da frattura spontanea di ossa. Qualche altra volta l'ammalata si lamenta di sete intensa, di poliuria, di dolori neuralgici, troppo spesso ritenuti reumatici o funzionali: talora i dolori risultano dalla pressione sulle radici posteriori di piccoli noduli metastatici, che possono anche temporaneamente ridursi e far credere ad un miglioramento. Come cura, secondo R. Hutchinson (*Practitioner*, 1921. pag. 389), non v'è che da ricorrere agli oppiacei.

fil.

IGIENE.

Influenza dei risanamenti idrici sulla mortalità per febbre tifoide in Italia.

Nella epidemiologia della tifoide, la diffusione idrica è ormai indiscussa, per quanto riguarda alcune repentine e gravi epidemie: non altrettanto documentata è però l'influenza del veicolo idrico nella abituale endemia di tifo, che ogni anno si manifesta in Italia.

Nè vale rilevare che, in luoghi idricamente risanati, la febbre tifoide è fortemente diminuita, poichè la diminuzione di questa malattia è un fenomeno generale, è necessario quindi, prima di emettere un giudizio, procedere per confronti rigorosi, prendendo in considerazione altri fattori generici e particolari. Uno studio di tal fatta è stato accuratamente compiuto da V. Puntoni (*Annali di Igiene*, 1920, n. 11 e 12) applicando i metodi generali di statistica, finora da noi poco usati nel campo medico.

L'A., basandosi unicamente sulla mortalità, come l'indice meno infido, ha confrontato un gruppo di 149 comuni, che dal 1887 al 1905 eseguirono riforme idriche essenziali o parziali coi rimanenti 8141 comuni, di cui si può considerare che eseguissero pure riforme nel 25 %. Ora, sia con le serie effettive, sia traducendo i termini di queste in termini teorici mediante l'equazione della retta interpolatrice, si arriva al risultato paradossale che la riduzione della febbre tifoide è maggiore (60%) nei comuni che hanno eseguito minori miglioramenti idrici che in quelli che ne hanno eseguiti di più radicali (45 %). Entrando poi addentro nel fenomeno, si osserva che in genere le regioni meridionali hanno avuto una diminuzione più rapida e più profonda di quelle centrali e settentrionali, diminuzione che non sembra in rapporto con fattori generici o specifici (addensamento urbano, riforme igieniche, ecc.) ma costituisce forse una caratteristica epidemiologica di ciascuna regione. La diminuzione di mortalità per febbre tifoide, dal 1887 al 1905 è poi stata massima nei piccoli centri e minima nelle grandi città, il che fa ritenere che il risultato paradossale ottenuto abbia un valore soltanto relativo e non conclusivo, in causa della notevole diversità di concentramento della popolazione. Tale modo di vedere è anche confortato dalla considerazione di altre particolarità del fenomeno: di fatto, se sembra di poter asserire che maggiore è il beneficio in comuni ove i risanamenti idrici furono ampii e radicali, si osserva d'altra parte un minor vantaggio per i comuni, che eseguirono risanamenti parziali o semplici miglioramenti, rispetto a quelli, che non eseguirono nulla. Probabilmente cause estranee sono intervenute a turbare l'esattezza del confronto, ed è giustificato il sospetto che i risultati paradossali siano dovuti ad eterogeneità di composizione regionale.

Quando però si scelgano fra i due gruppi, alcuni comuni a popolazione pressochè eguale, si può osservare una maggiore diminuzione per il gruppo che eseguì i risanamenti idrici.

Siccome poi la cifra delle spese per miglioramenti igienici (esclusa quella per miglioramenti idrici) è stata pressochè eguale per i due gruppi così scelti, si può ritenere che la lieve differenza di mortalità a vantaggio del gruppo che eseguì i risanamenti idrici sia realmente da attribuirsi a questi.

Studiando il fenomeno nel suo insieme, si osserva che in tutti i gruppi considerati si ha una rapida discesa iniziale che raggiunge il massimo nel 1894, con una ascesa che raggiunge l'acme nel 1898 e poi varie oscillazioni annuali, spesso sincrone nei varî gruppi. La rapida discesa è affatto indipendente dai risanamenti idrici, tanto è vero che la si osserva evidente anche nel compartimento pugliese che eseguì in misura minima i risanamenti idrici (spesa di L. 0,12 per abitante, in confronto di

L. 8,11 per l'Umbria, L. 6,82 per le Marche, ecc.) e che pure vide diminuire la mortalità per febbre tifoide del 74% dal 1887 al 1905.

Si può quindi concludere che i risanamenti idrici non hanno apportato radicali cambiamenti nel movimento generale (secolare) e nei movimenti accidentali (annuali) del fenomeno e non hanno modificato sensibilmente l'abituale andamento epidemiologico della febbre tifoide, nei luoghi dove sono stati attuati. Questo però non implica la svalutazione della teoria idrica della febbre tifoide, nè il discredito per le opere di risanamento idrico; probabilmente con l'attuazione di mezzi più idonei, con una sorveglianza più rigorosa sugli impianti, l'abbassamento della mortalità, in seguito a riforme idriche, potrebbe farsi più sensibile di quello finora osservato.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Come si determinano le emorragie cerebrali nell'embolia grassosa.

(O. TOEMIESSEN. *Münch. Med. Wochensch.*, numero 40, 1921).

Si osservano delle emorragie cerebrali in quei casi, nei quali l'embolia grassosa è oltremodo abbondante, le gocciole di grasso otturando i capillari provocano un forte aumento di pressione a tergo, ciò che è causa di edemi e di emorragie da stasi specie nella sostanza bianca (e nei casi di embolia breve se contemporaneamente esistono affezioni degli organi toracici) che producono una stasi nel territorio della vena cava superiore.

La rarità delle embolie abbondanti, e la necessaria coesistenza, in quelle lievi affezioni toraciche spiega perchè sieno relativamente rare le emorragie cerebrali, rispetto all'enorme frequenza dei traumi che colpiscono le ossa. D'altra parte non è rara la coesistenza di affezioni polmonari all'embolia, perchè il grasso portato in primo tempo nei capillari del polmone vi disturba la nutrizione creando in tal modo un *locus minoris resistentiae* alle infezioni. Sono riferiti due casi, nei quali processi infiltrativi dei polmoni si riscontrano come unica causa (non esisteva embolia) di emorragia cerebrale (stasi e colpi di tosse); altri due casi, nei quali esisteva un embolia grassosa lieve, che essendosi gli organi toracici mantenuti sani non aveva provocato emorragie cerebrali, e infine 5 casi di embolia grassosa tanto abbondante da aver prodotte emorragie cerebrali nonostante lo stato normale degli organi del torace.

POLLITZER

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1445) *Nell'acne giovanile.* — Al dott. G. M., abb. 12061:

I preparati di jodo e di bromo sono controindicati. Si ponga molta attenzione alle funzioni digestive e genitali (dismenorrea-onanismo). Si evitino i cibi aromatici, piccanti, ecc., e si ottenga che l'infermo non deglutisca il cibo se non dopo averlo accuratamente masticato; se i soliti preparati a base di solfo, acido salicilico, ecc., sono rimasti snza risultato, si potrebbe tentare la doccia filiforme che da qualche tempo in qua si consiglia, pare con successo, nella cura dell'acne e di altre dermatosi (V. *Veyrieres, Forreyrolles* - Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1921, n. 4, e *Desaux, Noel* - Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1921, n. 51).

V. MONTESANO.

(1446) Al dott. G. M., abbonato 12061:

WIDE A. *Manuel de gymnastique médicale et ortopédique suédoise,* in-8 di 300 pag. con oltre 90 figure. F. Alcan, ed. Parigi 1913. Prezzo 13 fr.

LUBINUS S. H. *Lehrbuch der medizinischen Gymnastik.* Con 177 fig. J. Bergmann, ed., Wiesbaden, 1917, Prezzo marchi 4.60.

KIRCHBERG. *Massage und Gymnastik in ger,* ed., Berlin, 1911.

Per l'acquisto si rivolga a qualche libraio fornendo le date indicazioni.

fil.

(1447) Al dott. G. P., abb. 7690:

La nuova edizione recentemente completata del trattato di Patologia generale diretto da Bouchard, è edita da Masson et C., 120, Boulevard St.-Germain, Parigi.

fil

VARIA

Statistica della stampa italiana.

In Italia vi sono oggidì 3879 pubblicazioni periodiche così ripartite: 137 giornali politici quotidiani, 656 politici non quotidiani, 866 di carattere religioso, 457 di economia, finanza pubblica, amministrazione, 217 per industria e commercio, 212 scientifico-letterari, 198 per l'economia domestica e politica dei consumi, 156 per l'agricoltura, 145 di medicina, igiene, veterinaria, farmacia, 120 di giurisprudenza, 105 di tecnologia, ingegneria meccanica e lavori pubblici, 94 per l'istruzione, educazione, 79 di scienze fisiche, naturali e matematiche, 79 di storia e geografia, 55 di genere satirico-umoristico, 45 trattano di belle arti e musica, 23 di mode, 20 di filologia e 8 di filosofia.

(Pathologica).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il Convegno di Trieste sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Dal 30 ottobre al 1° novembre si è tenuto a Trieste l'annunziato convegno promosso dalla Confederazione Generale del Lavoro (Ufficio Confederale per la Legislazione Sociale) per esaminare e discutere il problema dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie; vi erano rappresentate circa 300 Associazioni, Federazioni nazionali professionali e sindacali, Società mutue e Casse d'assicurazione, Opere Pie, Istituti Nazionali e Provinciali di Previdenza Sociale, ecc.; le Associazioni mediche Nazionali e locali vi erano rappresentate in numero di 26, dai dottori Silvagni, Martinelli, Filè-Bonazzola, Mann, Pellegrini, Venovi, Giordani, Tovo, Fatichi, Picolli, Piccardi, Trillo, Cortese; erano anche presenti i dottori Pisenti, Oliaro, Zambler, Vecchi, Grancini, gli onorevoli D'Aragona, Montemartini, Beltrami, Casalini, Flor, Giacometti; il comm. Calamani rappresentava il Ministero del Lavoro; a migliaia giunsero le adesioni. Svolsero le relazioni l'avv. Puecher, l'onorevole Cabrini e il dott. Arsuffi, il dott. Minguzzi; seguì una larga discussione, inaugurata dal prof. Silvagni. Daremo prossimamente una sommaria notizia dei lavori.

Il Congresso Nazionale dei Medici Ospedalieri.

Nei giorni 27 e 28 corrente si riunirà in Roma il Congresso Nazionale dei Medici Ospedalieri.

I temi generali sono i seguenti:

1. Assetto e funzione degli Ospedali italiani in regime assicurazione malattia (prof. Sforza, Roma).
2. Rapporti fra Scuole Mediche ed Ospedali (prof. Bastianelli Raffaele, Roma).
3. Le Direzioni Sanitarie Ospedaliere (professore Ronzani, Milano e Campani, Brescia).

Seguiranno altri temi, come la questione delle pensioni, della carriera dei medici ospedalieri, la obbligatorietà delle necroscopie, ecc.

Per chiarimenti e informazioni dirigersi alla Segreteria Generale, via Ludovisi, 16, Roma.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9142) *Pensione - Servizio utile per conseguirla.* — Dott. A. R. da P. — Gli anni di servizio prestati dal 1903 al 1909 sono utili agli effetti della pensione. Oltre di essi, sono anche valutati come utili 15 anni di servizio fatti anteriormente al 1° gennaio 1899.

(9143) *Ricchezza mobile.* — Dott. A. I. da O. P. (11923). — Anche il medico condotto interino deve pagare la ricchezza mobile sul suo stipendio. Ella deve pagare tale tassa dal 1° gennaio 1921 fino al giorno della sua nomina a medico condotto, in base alle lire 1000, che ha percepite mensilmente, e dal giorno della sua effettiva nomina, in base allo assegno che percepirà nella nuova veste che assume. Se così non è stato fatto dall'agente delle imposte, può reclamare alla Commissione mandamentale per la imposta di ricchezza mobile.

(9144) *Aspettativa prima di prendere servizio.* — Dott. C. S. da M. F. — Prima di assumere servizio si può concedere una dilazione od un differimento, ma non l'aspettativa, che suppone un rapporto di impiego già in corso e non semplicemente concluso.

(9145) *Cura ed assistenza sanitaria ai RR. CC. - Aumento quinquennale dello stipedio.* — Dott. A. P. da T. — Per la cura ed assistenza sanitaria che presta ai RR. CC. ha diritto a compenso a carico dello Istituto. Ne rivolga istanza ai superiori locali od anche, occorrendo, al Comando della Divisione. Se finora ha eseguite le sue prestazioni senza invito ufficiale di alcuno, non può chiedere in un eventuale giudizio compenso per gli anni decorsi, perchè si potrebbe ritenere che la prestazione stessa era fatta a scopo esclusivo di filantropia, senza alcuna idea di ricevere compenso. Non è esatto quanto Le è stato riferito a riguardo degli aumenti periodici quinquennali o sessennali. Essi vengono corrisposti solo ed in quanto sono previsti dal capitolato e nella misura ed epoche in esso prestabilite. Non esistono altre fonti da cui possa derivare un simile onere per le Amministrazioni municipali. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 11180:

Il premio di smobilitazione non ha nulla a che vedere con la pensione — quando Ella si sia trovato nelle condizioni stabilite per avervi diritto. — Può quindi sempre farne domanda al suo Comando di Distretto.

Al dott. X:

Dati i grandi cambiamenti che ci sono stati nelle Direzioni dei Servizi sanitarii sarebbe assai difficile ottenere un certificato che desse qualche particolare sul servizio prestato. Si tratterebbe quindi di un certificato molto poco significativo.

M. G.

CONCORSI.

ALBINO (*Bergamo*). — Capoluogo, L. 6500, oltre 250 ogni centinaio di poveri sopra 1000, L. 350 sopra 2000, quattro quinquenni del decimo, caro-viv. secondo legge, L. 1000 per uff. san., Ospedale, Ferr., Tram. Scade 30 novembre.

ALEZIO (*Lecce*). — Scad. 30 nov. L. 5000 per 1500 pov., L. 5 ogni pov. in più, 4 quinquenni dec., due c.-v.

AMELIA (*Perugia*). — Condotta residenz. di Porchiano del Monte; a tutto il 30 nov.; L. 6000 e doppio c.-v.

BARI. — Il termine per la presentazione delle domande per concorrere al posto vacante di coadiutore del Laboratorio medico-micrografico è prorogato al 5 dicembre.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore.* — Primario 1ª Sezione medica; titoli; L. 5000 oltre caro-viv. (lire 1200 per ammogliati, L. 780 per celibi), nette. Docum. al Protocollo Consiglio d'Ammin. Istituti

Ospitalieri entro ore 15 del 30 nov. È permesso il libero esercizio professionale e l'esercizio di case di salute. Durata nomina un ventennio. Esercizio clinico od ospedaliero triennale ininterrotto. Laurea da cinque anni. Chiedere annunzio.

CASSANO IRPINO (*Avellino*). — Condotta; L. 3600 pei poveri e L. 300 quale uff. san., oltre i caro-viv.; ab. 1586. Il numero dei poveri è abbastanza ristretto. Scad. 1° dic.

CASTELGRANDE (*Potenza*). — Popol. legale 2705 (effettiva circa 2300), agglomerata in collina, 50-60 fam. povere; L. 3000 e caro-viv.; 6 quadrienni decimo. Età limite 50 anni. Scad. 10 dic.

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (*Mantova*). — A tutto il 20 dic. Direttore del Manicomio; L. 12,000 e cinque quadrienni decimo; doppio c.-v.; L. 1000 alloggio. Servizio entro 20 giorni.

FOLIGNO (*Perugia*). — Scad. 10 dic. residenziale, Chirurgo; L. 6500, due c.-v., tre quinquenni decimo.

FUBINE (*Alessandria*). — Scad. 30 nov.; due condotte; L. 4000 oltre L. 500 indenn. trasp., L. 700 uff. san., 3 quinquenni decimo, 2 c.-v. Assunzione servizio 1° gennaio.

GAGGIO MONTANO (*Bologna*). — Scad. 30 nov.; 2ª cond.: L. 8000 per 1000 pov. e addiz. L. 3; quattro trienni e un quinquennio di L. 600; L. 3000 cavalc.; c.-v.

GATTEO (*Forlì*). — A tutto 15 dic.; L. 8000 e bienni del ventesimo, L. 2000 cav.; in corso d'approv. miglioramenti; L. 500 uff. san.; L. 1000 direz. Ospedale «Ghinelli». Ab. 3800 in due centri.

GENOVA. *Municipio*. — 4 condotte; titoli ed esame; L. 7000 e 10 bienni di L. 375 e uno di L. 250; 2 caro-viveri. Docum. alla Segreteria non oltre le ore 16 del 20 dicembre. Esercizio professionale triennale. Età-limite 35. Chiedere annunzio.

GRANZE (*Padova*). — A tutto 30 nov.; L. 7200 fino a 1000 pov.; 8 bienni ventes., L. 800 bicicl., due c.-v.; L. 300 uff. san.; alloggio. Servizio entro 15 g.

MIGGIANO (*Lecce*). — L. 5000 per 1500 pov., addizion. L. 5, caro-viv. Scadenza 30 novembre.

MONTEMARCIANO (*Ancona*). — 2ª cond.; a tutto 20 dic.; L. 12,000 globali e bienni del ventesimo fino a raggiung. L. 16,000; caro-viv.; L. 2400 cavalc., per gli abbienti; retribuz. abbienti 50 % tariffa Ordine. Servizio entro 40 giorni.

MONTEPULCIANO (*Siena*). — Scad. 30 nov., due cond.: L. 6500 fino a 500 pov., L. 150 ogni 100 pov. in più o frazione, L. 4000 mezzo trasp., c.-v., 8 trienni ventes.

NOLI (*Genova*). — Al 30 nov.; L. 4000 e sei quinquenni del decimo; due caro-viv.; L. 200 quale uff. san. Abit. 2250. Servizio «appena nominato e legalmente notificato».

PARIGI. *Premio Franco-Italiano della Società dei Chirurghi (fondazione Garibaldi)*. — Questo premio di 1000 franchi in contanti, sarà assegnato nel gennaio 1922 al migliore lavoro inedito o pubblicato anteriormente (ma non ancora ricompensato) sulla Chirurgia di guerra, che sarà stato indirizzato in modo speciale alla Società in vista di detto concorso.

Potrà essere assegnato ad un autore francese od italiano.

Ogni lavoro presentato dovrà essere stampato o dattilografato in due esemplari, ed indirizzato al Segretario generale della Société des Chirurgiens de Paris, 44 rue de Rennes, Parigi (VII), entro il 1° dicembre 1921.

PIETRALUNGA (*Umbria*). — 2ª cond.; L. 6000 oltre L. 2000 disag. resid., L. 2400 caro-viv., L. 260 se uff. san. Servizio entro 15 giorni. A tutto 30 dic. Chiedere annunzio.

SAN BENEDETTO DEL TRONTO (*Ascoli Piceno*). — A tutto il 30 nov., condotta chirurgica; L. 7000 residenziali; L. 1000 per la cura fino a 3000 pov.; 10 bienni del ventesimo. Chiedere annunzio.

SANTARCANGELO (*Forlì*). — Al 30 nov. (ore 17); medico primario del Capoluogo e dell'Ospedale Civile; ab. 3000 di cui circa 500 pov.; L. 10,000, più L. 500 indennità vettura per visite consultive ai poveri del forese; dieci bienni del ventesimo; doppio caro-viv. Chiedere annunzio.

SANTARCANGELO (*Forlì*). — Due condotte; L. 8000, oltre L. 2500 per cavalc.; 10 bienni del ventesimo; 2 caro-viv.; L. 2 ogni pov. in più di 1000. Chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 30 novembre.

SESTO S. GIOVANNI (*Milano*). — Due cond.; Lire 10,000 di cui L. 6000 fisse e L. 4000 per 2000 pov.; L. 500 dopo la stabilità e 5 quinquenni ulteriori; di L. 650; L. 1000 per trasporto misto (bicicletta e vettura). Al 10 dic. Chiedere annunzio.

VILLAFRANCA PIEMONTE (*Torino*). — Sezione S. M. Maddalena; L. 4000, alloggio L. 400, trasporto lire 500; addizionale L. 3 nel capoluogo e L. 5 nelle frazioni oltre i 300 poveri. Scad. 30 nov.

Dalla Federazione Laziale-Umbra dei Medici condotti è istituito un Ufficio di collocamento per le condotte della provincia di Roma. Dirigere la corrispondenza al segretario dott. B. Alberti, presso il nostro giornale (via Sistina, 14 - Roma-VI).

Diffide.

La Sezione Verbanese dell'A. N. M. C. diffida il Concorso Medico del Consorzio Falmenta e Valle Cannobina (Novara), per condizioni non conformi ai desiderata del gruppo Provinciale Novarese dei Medici Condotti.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Al prof. comm. Vincenzo Giudiceandrea è stata assegnata la medaglia d'argento per i benemeriti della salute pubblica, con decreto reale in data 6 ottobre c. a. - Rallegramenti al nostro apprezzato collaboratore.

Nella R. Università di Cagliari, la Commissione per la cattedra di oculistica costituita dai professori Cirincione, Albertotti, Angelucci, Gallenga, Tricomi, ha designato ad unanimità la terna: Speciale, Continuo e Guglianetti.

La Commissione per la Cattedra di anatomia patologica nella R. Università di Sassari, composta dai proff. Foà, Marchiafava, Bonomi e Cesaris Demel ha deliberato, per la terna Vanzetti, Cagnetto e De Vecchi.

MEDICINA SOCIALE

Conferenza internazionale della Federazione internazionale abolizionista.

(Roma, 3-5-7 novembre 1921).

Sotto gli auspicî di un Comitato composto di eminenti personalità mediche e politiche ha avuto luogo testè in Roma la Conferenza della Federazione internazionale abolizionista.

Numerosi gl'intervenuti da ogni parte di Europa; fra gl'Italiani notammo il prof. E. Marchiafava, il prof. G. B. Gosio, il prof. A. Sclavo, il prof. G. Levi, membro del C. S. di Sanità, il prof. Bettazzi, i rappresentanti del Prefetto di Roma, del Ministero della Guerra e della Marina, dell'Ufficio d'Igiene del Comune di Roma, della Croce Rossa, del Consiglio nazionale delle donne Italiane, l'on. A. Lucifero, l'on. E. Martire, l'onorevole Conti, che portò l'adesione del partito repubblicano, ed un numeroso stuolo di signore, di medici, di studiosi e di rappresentanti della stampa medica e quotidiana.

Lette le numerose adesioni, fra cui quella del Ministro della Guerra che aveva inviato un nobilissimo telegramma, e la lettera del cardinale Gasparri, segretario di Stato del Pontefice, e dopo i discorsi d'inaugurazione pronunciati dal presidente della Federazione internazionale abolizionista, prof. M. A. de Graaf di Utrecht, dall'assessore per la Pubblica istruzione del Comune di Roma, dalla signora Alice Schiavoni Bosio, presidente della Lega abolizionista italiana, cominciarono i lavori del Congresso propriamente detti, con l'assistenza dell'infaticabile e benemerito segretario, dott. E. Della Seta, di Roma.

Il prof. P. Bureau, della Facoltà giuridica di Parigi, riferì sull'«Abolizionismo e l'influenza morale della donna» con un notevole discorso in cui mise in evidenza la parte cospicua che le donne debbono avere nel combattere la disciplina dei meretricio e il problema morale che dev'essere considerato da uno stesso punto di vista sia per l'uomo che per la donna.

Il dott. Vincenzo Montesano svolse la sua comunicazione sulla profilassi pubblica antivenerea in Italia facendo la storia della nostra legislazione in materia dai regolamenti Crispi fino a quelli Fortis, conglobati poi nel testo unico delle leggi sanitarie in vigore fino all'entrata in guerra, e facendo rilevare la politica liberale seguita dal Governo italiano e basata sulla cura gratuita e discreta di tutti i malati venerei, ricchi e poveri, e sulla distinzione netta e recisa della questione igienica da quella morale, di ordine pubblico e di polizia.

L'on. Santoliquido riferì sull'«Eugenica in rapporto con la profilassi pubblica in generale e specialmente con la lotta antivenerea» rendendo conto dell'inchiesta da lui fatta sul quesito se le teorie dell'ereditarietà sono tali da essere prese come base per l'applicazione della pratica sterilizzatrice, e delle risposte avute di cui nessuna positiva, alcune evasive, molte recisamente negative.

Dopo aver quindi facilmente dimostrato la nessuna base scientifica delle moderne teorie di sterilizzazione degli alienati, criminali, sifilitici, ecc., che ora sono di moda in America, traccia i confini del campo vastissimo in cui dovrebbe svolgersi l'attività della scienza: sistema di prevenzione fisica e morale, educazione, igiene generale e profilattica.

Il prof. von During (Francoforte sul Meno) lesse un'elaborata relazione sul trattamento obbligatorio delle malattie veneree concludendo per la necessità della denunzia discreta e con compito puramente sanitario per tutti i malati venerei indistintamente. Sulla comunicazione del von During si accese un'animata discussione cui parteciparono fra gli altri il prof. E. Levi ed il dottor A. Mibelli della Clinica dermosifilopatica di Firenze, il quale aveva presentato sullo stesso argomento una esauriente relazione, che ci auguriamo veder presto stampata per intero.

Sul tema: «Le Autorità civili e militari debbono o pur no favorire e raccomandare l'impiego di mezzi individuali d'auto-disinfezione?» parlò per primo il dott. Douglas White (Londra) che concluse affermativamente, e presero quindi la parola i rappresentanti del Ministero della Marina e di quello della Guerra che riferirono su quello che si era fatto in proposito presso di noi e sui risultati incoraggianti ottenuti sino ad oggi.

Un notevolissimo discorso fu pronunciato dal prof. S. Ottolenghi, ordinario di Medicina legale della nostra Università, il quale fece rilevare come, da quanto era stato precedentemente detto, risultasse chiara la necessità di speciali provvidenze per le prostitute e della sostituzione delle case di tolleranza, che si vogliono abolire, con istituti di custodia e di educazione. Il problema dell'infezione morale, di cui i postriboli sono centri propagatori, è non meno preoccupante di quello dell'infezione fisica. Gli studi da lui condotti per lungo tempo lo hanno convinto che un buon numero di prostitute sono delle anormali, con anomalie somatiche, con sintomi di insensibilità al dolore, debolezza mentale, ecc. E poichè la prostituzione non sarebbe se non l'equivalente femminile della criminalità maschile, è vano sperare la redenzione delle donne perdute ed è sempre necessaria, se si aboliscono le case di tolleranza, la sorveglianza su di esse, non esercitata però direttamente dall'Autorità di Polizia, ma per mezzo di scienziati, filantropi, ecc.

L'oratore riconosce che non tutte le prostitute sono delle anormali così che s'impone sempre una selezione fra le redimibili e quelle definitivamente condannate alla vita di abbiezione e si augura che questo importantissimo problema formi argomento di un tema da discutere ampiamente nel prossimo Congresso della Federazione.

Sull'«Internamento nelle case di educazione e di redenzione delle persone che abbiano commesso dei delitti contro la morale pubblica» riferiscono la signora Avril de Saint-Croix (Parigi), la signorina Neilaus di Londra ed altri oratori. Su questo argomento aveva presentato un'ampia relazione la professoressa T. Labriola di Roma.

Il Congresso si chiuse dopo aver emesso i seguenti voti:

1° La Conferenza stima che la «réglementation» della prostituzione, che costituisce un regime di eccezione mettendo generalmente la donna fuori del diritto comune, attinge gran parte della sua forza dalla situazione d'inferiorità in cui trovasi la donna fino a quando la sua condizione legale e sociale non sia resa eguale a quella dell'uomo.

Questa eguaglianza è desiderabile per permettere alle donne di difendersi da ogni regime di «réglementation».

2° La Conferenza esprime il suo profondo convincimento nell'affermare che uno dei migliori mezzi per combattere la prostituzione giovanile è quello di concedere ai minori dei due sessi la più larga protezione legale possibile. Constata inoltre che i principii della Federazione non si oppongono a che lo Stato prenda sotto la sua protezione dei minorenni quando essi si trovino a causa del loro «entourage» o delle loro condizioni di vita esposti alle seduzioni, alla prostituzione ed alla criminalità. Per coloro i quali in materia sessuale non usufruiscono di questa protezione la Conferenza afferma di nuovo il suo convincimento che la prostituzione personale e privata non è se non una questione di coscienza e non costituisce delitto. In conseguenza nessuno, per il semplice fatto della prostituzione, può essere internato od imprigionato sia a scopo d'igiene che di castigo o di redenzione.

3° La Conferenza ritiene che i mezzi più efficaci per combattere le malattie veneree, a parte le disposizioni speciali per i minorenni formulate nel § 2, sono i seguenti:

A) Una riforma della vita sociale ed una educazione razionale;

B) L'applicazione di metodi di cura libera e discreta.

Convinta poi che nessun trattamento obbligatorio potrà essere mai imparzialmente applicato, afferma la superiorità dei metodi liberali su quelli coercitivi.

4° La Conferenza esprime la sua profonda convinzione che l'insegnamento a cura delle Autorità ed a carico dei fondi pubblici dell'autodisinfezione e della disinfezione individuale contro le malattie veneree tende ad incoraggiare la promiscuità sessuale, indebolisce la coscienza popolare, diminuisce il senso della responsabilità e rappresenta un pericolo per la salute pubblica dando un senso di sicurezza contro l'infezione (1).

***

Non possiamo non rilevare il successo di questo convegno che è riuscito a scuotere alquanto l'abituale indifferenza del pubblico su di un argomento, che pure ha tanta importanza scientifica, igienica e morale, e dobbiamo compiacerci non solo del modo elevato, obbiettivo e sereno col quale si svolse la discussione dei vari temi, ma anche del fatto che al Congresso parteciparono i rappresentanti di Autorità ufficiali portandovi il contributo dei loro studi e della loro esperienza.

Si può ben dire dell'abolizionismo che l'utopia dell'oggi sarà la realtà del domani: questa salda convinzione compenserà senza dubbio gli organizzatori del convegno degl'infiniti ostacoli che hanno dovuto superare per assicurarne il successo.

Una meritata lode vada alla presidentessa della Lega abolizionista Italiana, signora Alice Schiavoni Bosio, ed al segretario dott. Eschilo Della Seta, ai quali principalmente si deve la perfetta organizzazione di questo Congresso, che in tutti gli intervenuti lascerà senza dubbio il più lieto ed il più gradito ricordo.

VINCENZO MONTESANO.

(1) Quest'ultimo voto va accettato con molte riserve. Crediamo che la Conferenza questa volta sia caduta nello stesso errore in cui cadono i regolamentaristi confondendo il problema morale con quello igienico, mentre l'uno va nettamente distinto e separato dall'altro.

I Congresso nazionale per la protezione della prima infanzia.

(*20-21-22 ottobre*).

Organizzato dal Comune di Roma questo Congresso è stato inaugurato il 20 ottobre nel *foyer* del Teatro Argentina: l'assessore MONTESANO ha portato ai congressisti il saluto del Sindaco di Roma, il cav. CIOFI quello del Prefetto, ed il professor BADALONI, medico provinciale, il saluto dei medici condotti.

Numerosissimi i pediatri intervenuti fra i quali i professori Jemma di Napoli, Di Cristina di Palermo, Pincherle di Bologna, Caronia di Napoli, Dotti di Firenze, Luzzatti, Modigliani, Valagussa, De Villa, Genoese, Simpa, Sorgente, Flamini di Roma ed ancora i professori Pestalozza, Baglioni, Pecori, Artom di S. Agnese, Giudiceandrea, Ugolini, Dalla Vedova, Rossi Doria, Ballerini, Gualdi della nostra Università, il prof. Visco di Napoli, Di Stefano, Cacace di Capua, il prof. Baduel per la Croce Rossa, e le signore Spolverini, Modigliani, Magliocchetti, Ponziovaglia, Chiaraviglia, dottoresse Sandescky, Fambi, Montanari. ecc. e altri numerosi dei quali ci sfugge il nome.

Il Congresso sapientemente preparato dal professore Spolverini, ispettore del baliatico e della prima infanzia del nostro Municipio, ha dimostrato come Roma si trova alla avanguardia delle città italiane in quanto ad opere di assistenza all'infanzia ed i congressisti con la guida dello stesso prof. Spolverini hanno durante i tre giorni del Congresso visitato l'Asilo materno in via Arno diretto dal Biraghi, la Casa della Provvidenza, la Protezione degli Innocenti, l'Asilo Maraini dove il prof. Valagussa raccoglie i figli di madri tubercolose, la crêche della Manifattura tabacchi, la Casa del Latte, il Sanatorio municipale antimalarico, il Brefotrofio, le consultazioni municipali per lattanti, l'asilo Vita e lavoro, la scuola di puericultura del Flamini, l'ambulatorio antitubercolare municipale e la cucina per la prima infanzia che fa parte dell'*Assistenza materna*, la benefica opera di protezione alla quale il prof. Modigliani dedica molta parte della sua attività

I congressisti invitati dal *Giornale d'Italia* hanno anche visitato il Sanatorio dell'Ariccia, guidati dal comm. Schisa e dall'egregio dott. Eschilo Della Seta, ed invitati dalla Croce Rossa e dal Presidente on. Ciraolo hanno fatta breve gita a Fara Sabina dove sorge l'Istituto Maraini per i predisposti alla tubercolosi.

Dal Congresso furono trattati i seguenti temi:

Profilassi prenatale (ARTOM DI S. AGNESE, relatore). — Espone quanto è stato fatto a Roma al riguardo dell'assistenza alla madre gestante ed enumera le opere che ad essa provvedono, e nota come nei grandi centri urbani tale protezione si verifica secondo sane direttive.

Ben diversa è la condizione dei piccoli centri e della campagna ove manca ogni parvenza di profilassi della maternità e le gestanti sono lasciate in balìa della loro ignoranza: in questi luoghi tutto è da creare onde la necessità di un ente autonomo di assistenza materna ed infantile sotto la diretta vigilanza dello Stato che deve assumere la tutela della maternità e procurare i mezzi adeguati.

Profilassi della tubercolosi (Prof. CARONIA, relatore). — Dimostra come i nostri sforzi contro la tubercolosi debbono riguardare la prima infanzia per ricavare il massimo di efficacia nella lotta e con numerosi dati statistici comprova come la mortalità è tanto più alta quanto più tenera è l'età del bambino. Accenna alla importanza dell'ambiente familiare come fonte di contagio, e dice che la migliore garanzia di preservazione del lattante dal contagio sarebbe l'allontanamento di esso dalla famiglia ed il suo collocamento in ambiente adatto, come si prefigge l'opera fondata in Francia da Grancher. Si augura che sorga in ogni provincia l'opera di difesa della prima infanzia contro la tubercolosi che dovrebbe comprendere un centro sanitario, un preventorio ed una scuola di dame visitatrici.

Conclude dicendo che la profilassi della tubercolosi sarebbe semplificata se potessimo disporre di un mezzo che immunizzando l'organismo lo preservasse dalla infezione e non si nasconde che nella vaccino profilassi consiste la risoluzione del grave problema.

Profilassi delle malattie gastro-intestinali (GUTIERREZ, relatore). — Nota come la mortalità infantile sia molto alta per le affezioni delle vie digerenti e per i disturbi della nutrizione; parla della necessità dell'allattamento materno che deve essere sempre incoraggiato e tratta del problema dello allattamento artificiale che è uno dei più ardui.

Propone che il Congresso faccia voti per estendere la vigilanza, l'assistenza e la difesa del lattante oltre il raggio di azione delle semplici provvidenze di carità, e di confederare le sparse attività di tutela alimentare della prima infanzia.

***

Le conclusioni dei relatori furono ampiamente discusse dai congressisti, specie la relazione del prof. Caronia che ha dato agio all'illustre professor Jemma di Napoli di dimostrare come la profilassi avvenire contro la tubercolosi deve risiedere nella vaccinazione antitubercolare praticata fin dalla prima infanzia così come si pratica per il vaiuolo, secondo i concetti del Maragliano, esposti anche nel recente Congresso di Medicina a Napoli.

I congressisti si sono alla fine vivamente rallegrati con il prof. Spolverini dei risultati ottenuti nella Capitale dalle opere di difesa della prima infanzia e con il Municipio di Roma che nei limiti del possibile ha attuate le proposte fatte dallo Spolverini.

G.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia

(Settembre 1921).

MALATTIE	5-11 settembre		12-18 settembre		19-25 settembre		26 settembre 2 ottobre	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	82	330	75	545	55	280	66	247
Scarlattina. .	66	103	77	147	60	150	56	140
Vajuolo e vajoloide . . .	10	15	7	12	6	9	7	19
Tifo addominale . . .	426	1033	476	1473	508	1506	448	1212
Difterite e croup . . .	82	144	127	223	142	262	145	238
Dissenteria	25	109	36	116	55	139	37	39

Epidemia morbillosa spostatasi verso le Puglie; recrudescenza estiva ed autunnale della febbre tifoide diffusa dovunque; in qualche piccolo comune in forme di piccole epidemie.

NOTIZIE DIVERSE.

Mostra Campionaria nazionale permanente.

Nei locali dell'Associazione Sanitaria Milanese (via S. Paolo 10, Milano) il 16 ottobre venne inaugurata una Mostra Campionaria Permanente di Specialità Farmaceutiche, e Prodotti alimentari per bambini e convalescenti e di Articoli sanitari. Parlarono per i medici i proff. Filé-Bonazzola, presidente della Federazione dei medici liberi professionisti, e Bertazzoli, presidente dell'Ordine; per gl'industriali il sig. Nardi, della Fabbrica Lombarda e il dott. Bocca della Casa Zambeletti.

Alla buona riuscita della Mostra ha avuto molta parte il dott. Federico Bruers, incaricato di raccogliere le adesioni e predisporre le vetrine.

Elargizioni cospicue.

L'ing. Vincenzo Tanfani ha lasciato eredi di tutta la sua sostanza (oltre 100,000 lire) in parti eguali l'Ospedale Maggiore di Milano e l'Ospedale Civile di Ancona, legandone l'usufrutto vitalizio alla moglie, signora Annita del Col.

Archivio scientifico di diapositivi a Friburgo in Breisgau.

La «Rivista di Biologia» reca che è stato istituito a Friburgo in Breisgau un Archivio scientifico di diapositivi.

Per ora si cerca di completare la sezione di zoologia e di anatomia, diretta dal dott. Wachs in Rostock.

Casa editrice è una Società anonima «Bildarchiv in Freiburg in Brsg.» rappresentata dal Direttore della Società per la fotografia applicata Leiber e dal Direttore scientifico Th. Fischer di Freiburg in Breisgau.

Università di Gerusalemme.

Sappiamo che uno dei postulati del movimento Sionista è quello di creare un grande Stato ebraico in Palestina, ivi concentrando la razza dispersa.

A questo programma si oppongono le tradizioni cattoliche e gli interessi degli Ebrei Palestiniani che intravedono spostamenti nelle loro attuali condizioni economiche.

Ma i capi del movimento Sionistico non rallentano la propaganda.

Ora è la volta della Università di Gerusalemme che si va organizzando con larghissimi mezzi e che si propone, per quanto riguarda la medicina, di rappresentare una istituzione modello.

Si sta facendo una raccolta di libri per la istituenda biblioteca. A tutt'oggi si sono raccolti 40,000 volumi.

Il comitato organizzatore raccomanda di inviare quanto è possibile di opere separate e di collezioni alla segreteria della Università: dottor D. B. Stanhill 75 Greath Russel, Street London W. C. I.

(*Pathol.*).

Un busto a Brillat Savarin.

Nella cittadina di Belley verrà eretto un busto commemorativo del compatriota Anselme Brillat-Savarin, deputato all'Assemblea nazionale, autore della «Physiologie du goût».

Il Ministero per l'Alimentazione in Germania.

A questo Ministero è annesso un Consiglio per promuovere indagini scientifiche sugli alimenti. Fra gli altri componenti del Consiglio sono i professori Abderhalden e Rubner, per la fisiologia dell'alimentazione; Baur e G. Haberlandt per la fisiologia dei vegetali; A. Haiduschka, A. Juckenack e Th. Paul per la chimica degli alimenti; R. O. Neumann per la batteriologia e l'igiene alimentare; F. Müller per quistioni di chimica; R. Kuczynski per la statistica dell'alimentazione. In una recente sessione il Consiglio deliberò di occuparsi delle quistioni seguenti: Pane, Grassi, Economia di materie prime (cellulosa, ecc.). Gli scienziati che istituiranno studi e ricerche saranno sovvenzionati finanziariamente, sia pure in tenue misura.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI PARMA.

Direttore: prof. LUIGI RONCORONI.

Sulla cura arsenicale ad alte dosi in talune malattie nervose e mentali

per il dott. GINO BIANCHI, aiuto.

In questi ultimi tempi, tanto in Italia che all'estero comparvero alcuni lavori riguardanti la cura di talune malattie nervose colle sostanze arsenicali usate ad alta dose. Alcuni osservatori asserirono anzi di aver ottenuto vantaggi notevoli e la terapia arsenicale ad alta dose, parve così aprire un nuovo orizzonte specialmente per alcune forme molto inveterate nelle quali nessun altro mezzo terapeutico usato sino ad oggi si era mostrato efficace.

Spetta anzitutto a Sicard, Roger, Haguenau e Kudelski il merito di aver dato per primi l'indirizzo a queste prove.

Essi infatti esperimentarono nella sifilide del sistema nervoso un loro metodo di cura con iniezioni endovenose novarsenicali, con piccole dosi ripetute e prolungate. Essi allora pensavano che i sifilitici affetti da una sindrome spasmodica, avessero da avvantaggiarsi oltrechè per gli effetti specifici del medicamento, anche per effetti sedativi da esso esercitati sul sistema nervoso.

Più tardi Lhermitte e Quesnel nel 1919 comunicarono alla Società di Neurologia di Parigi i risultati da loro ottenuti colla cura arsenicale nelle contratture organiche e nella malattia di Parkinson. Riferendosi alle prove di Bory, Ravaut e Maréchal che adoprarono grandi dosi di cacodilato di soda, in talune forme di contrattura spasmodica di natura sifilitica e di altra origine, esperimentarono questo medicamento con dosi sempre più crescenti, per mezzo di iniezioni sottocutanee e intramuscolari.

Essi esperimentarono anche gli effetti del cacodilato di soda nella paralisi agitante tipica, malgrado le sensibili differenze cliniche tra la rigidità parkinsoniana e le contratture spastiche ordinarie.

Maréchal, in quell'epoca, comunicò anche l'osservazione di un ammalato classico di Parkinson, che fu curato pure con punture endovenose da 1.50-6,00 gr. di cacodilato di soda, con notevole miglioramento dal punto di vista dell'ipertonia muscolare.

Anche in Italia sulla cura arsenicale ad alta dose, furono fatte varie prove, rivolte specialmente a combattere le contratture muscolari e la rigidità di talune sindromi nervose. Parve anche che il medesimo metodo potesse dare buoni risultati nell'arteriosclerosi, deter-

minando una notevole diminuzione della pressione sanguigna.

Roasenda nel 1920 intraprese una serie di esperienze mediante iniezioni ipodermiche di cacodilato di soda, in soluzione al 25 %, con dosi giornalmente crescenti a seconda della tollerabilità dell'ammalato.

Egli riferisce un caso di un soldato da lui curato, affetto da emiplegia sinistra, sopravvenuta progressivamente e senza perdita di coscienza, nel quale parve doversi escludere un'infezione sifilitica. La lesione senza alcun dubbio era di natura organica e presentava la caratteristica contrattura degli arti. Non avendo dato alcun buon risultato la cura idrargica egli fece una prova con iniezioni di cacodilato di soda e nello spazio di undici giorni iniettò gr. 13,20 di detto farmaco.

Le dosi giornaliere usate da Roasenda variarono da un minimo di 40 centigr. ad un massimo di 2 gr. iniettati nell'ultimo giorno e vennero somministrate brevi ripetuti esami delle orine, del sangue e del fondo dell'occhio. Durante la cura non si verificarono inconvenienti degni di nota: si ebbe solo cefalea passeggera dopo la 5ª iniezione e leggeri dolori addominali con traccie, appena dimostrabili, di pigmenti biliari nelle orine, dopo la 6ª iniezione. Non si ebbe a verificare alcun fenomeno che stesse a dimostrare fatti nevritici. L'esame elettrico ha fatto escludere poi all'autore anche la presenza di nevriti latenti. Come risultato della cura egli ebbe una sensibile modificazione dello stato di contrattura che potè migliorare al punto da permettere al paziente di compiere non solo passivamente, ma anche da solo, discreti movimenti cogli arti paralizzati e contratturati.

Roasenda ricorda pure di aver usato in questi ultimi tempi il cacodilato di soda alla dose di 30-40 centgr. al giorno in nevrotici, in depressi, in astenici del sistema nervoso e riferisce di aver avuto anche in questi casi risultati lusinghieri. Egli da ultimo dopo di aver accennato alla comunicazione di Lhermitte e Quesnel riguardanti i vantaggi che essi avrebbero ottenuti con tale mezzo di cura nei parkinsoniani e negli arteriosclerotici, si ripromette di estendere le sue ricerche alle forme luetiche del sistema nervoso, alle forme coreiche, alle forme tubercolari del sistema nervoso ed in tutti quegli altri casi di malattie nervose in cui l'arsenico si è dimostrato efficace.

Nello stesso anno 1920 vi furono altri che esperimentarono la terapia arsenicale.

La Porru infatti contemporaneamente a Roasenda comunicò i risultati da lui ottenuti in sette Parkinsoniani curati con dosi progressive di cacodilato di soda, ma in tutti i casi, tranne uno, ebbe leggeri miglioramenti transitorii che scomparvero dopo una quindicina di giorni cessata la cura.

Magaudda nel gennaio di quest'anno riferisce egli pure intorno a quattro ammalati del manicomio e di uno presentatosi all'ambulatorio, curati collo stesso metodo.

Il primo ammalato di cui egli tratta era affetto da frenastenia cerebropatica, a tipo infantile, con insufficienza mentale di grado elevato. Esso, dell'età di 18 anni, presentava emiparesi destra con contrattura irriducibile in flessione della mano sull'avambraccio e con piede varo-equino; contrattura dell'avambraccio sul braccio. A questo ammalato nello spazio di 25 giorni vennero iniettati a dosi lentamente progressive gr. 13 di cacodilato di soda. La contrattura dell'avambraccio sul braccio che prima della cura si vinceva a stenti, dopo le dosi massime si ridusse molto più facilmente. Migliorarono notevolmente le condizioni di nutrizione generale e si ebbe una leggera diminuzione della pressione sanguigna. I riflessi tendinei non subirono modificazioni di sorta. Il miglioramento ottenuto si mantenne soltanto per circa una settimana, dopo sospese le iniezioni.

Nel secondo caso trattavasi di una frenastenica cerebropatica a tipo infantile con insufficienza mentale di medio grado, dell'età di 33 anni. Sin dalla nascita era sofferente di accessi convulsivi di natura epilettica. Presentava emiparesi spastica sinistra con movimenti atetosici a carico delle dita della mano paretica. Esisteva contrattura dell'avambraccio sul braccio sinistro parzialmente riducibile coi movimenti passivi. Nello spazio di 20 giorni gli vennero iniettati a dosi crescenti complessivamente gr. 10 di cacodilato di sodio. Si ebbe un lieve miglioramento nello stato della contrattura che durò però solo per pochi giorni. In una seconda serie di iniezioni si somministrarono nello spazio di 10 giorni gr. 11,25 di cacodilato. Si ebbe un nuovo miglioramento nella contrattura che persistette solo per dieci giorni, lieve diminuzione della pressione sanguigna, stazionarietà nel comportamento dei riflessi tendinei.

La terza ammalata era un'epilettica cerebropatica con emiparesi, dell'età di 23 anni. Presentava le note di una emiparesi spastica sinistra con contrattura dell'avambraccio sul braccio e della mano sull'avambraccio. Arto inferiore iperesteso con piede varo-equino. Questa ammalata in due serie di iniezioni ricevette gr. 17.90 del farmaco ed in ambedue

i periodi di cura ebbe un apprezzabile miglioramento nello stato delle contratture. Come il miglioramento così pure la diminuzione della pressione sanguigna che si era ottenuta, fu fugace.

Il quarto caso riferito da Magaudda riguarda una ragazza di 16 anni ricoverata al Manicomio per frenastenia. Era una cerebropatica con uno stato spastico generalizzato a tutti i muscoli e con movimenti coreo-atetosici a carico degli arti. Essa in una prima serie di iniezioni ricevette nello spazio di 25 giorni gr. 10 di cacodilato di sodio. Come nei tre casi precedenti durante la somministrazione del farmaco furono notate soltanto minime tracce di pigmenti biliari nelle urine. Come vantaggio della cura si ebbe una diminuzione passeggera dei movimenti coreici e dello stato spastico. I riflessi tendinei già dapprima vivaci, si mantennero tali anche dopo la cura. In una seconda serie di iniezioni con altri gr. 8,25 di cacodilato sodico si ebbero gli stessi risultati passeggeri.

Nel quinto ammalato, in cui si trattava di un militare che era stato travolto da scoppio di granata, 4 anni prima, si aveva emiparesi spastica sinistra, andatura pareto-spastica. Era impossibile al paziente l'estensione attiva della mano sul polso, limitati erano i movimenti degli altri segmenti dell'arto superiore. Nello spazio di circa un mese gli vennero somministrati gr. 13,55 di cacodilato sodico aumentando gradatamente la dose e raggiungendo dosi massime di gr. 0,75-gr. 1,00 negli ultimi giorni. Si ebbe un lieve abbassamento della pressione sanguigna ed una diminuzione della contrattura constatabile tanto nei movimenti attivi che passivi. Ma tale miglioramento della contrattura durò soltanto qualche settimana, non ostante non si fosse tralasciata la cura, perchè essa fu continuata a piccole dosi di gr. 0,20-gr. 0,25. In una seconda serie di iniezioni si ebbe nuovamente un miglioramento nello stato delle contratture, ma dopo breve tempo anche questo miglioramento scomparve.

In tutti gli ammalati l'esame elettrico, praticato prima delle cure e controllato dopo le dosi massime, non ha messo in evidenza alcun fatto d'ipereccitabilità o ipoeccitabilità faradica e galvanica tanto dei nervi quanto dei muscoli e tanto meno inversione della formula di contrazione dei muscoli alla corrente galvanica, oppure contrazioni lente o vermicolari.

L'Autore dice di aver avuto come risultato nei cinque casi da lui curati una diminuzione delle contratture ed una diminuzione della pressione sanguigna che è andata di pari passo con la diminuzione delle contratture. Un fatto costante che si è controllato in tutti i casi è la coincidenza della diminuzione delle contratture con le dosi massime e della rapida *restitutio* alle condizioni primitive non appena cessata la cura. Sono le dosi massime che determinano e mantengono la risoluzione delle contratture.

Il Rodrigues nel corrente anno seguendo gli studi di Lhermitte, Quesnel e Maréchal, ebbe l'idea di curare col cacodilato di soda un malato tipico di Parkinson: egli iniettò per via endovenosa delle dosi crescenti da 0,50 a 5 gr. ogni 2 o 3 giorni. Soddisfatto dell'evidente miglioramento ottenuto, molto simile d'altra parte a quello ricordato da Maréchal, credette opportuno di esperimentare lo stesso metodo terapeutico presso ammalati affetti da sindrome parkinsoniana post-encefalite letargica. Gli ammalati, così curati, furono in numero di quattro. La sintomatologia che essi presentarono, era caratterizzata da rigidità abbastanza accentuata delle membra e della nuca, da difficoltà notevole nella deambulazione. I riflessi profondi erano esagerati, i cutanei normali; in taluni casi esistevano fenomeni di paresi, ora da un lato, ora dall'altro ed anche tremori. Dal punto di vista delle funzioni organiche nulla di anormale nel liquido cefalo-rachidiano, nel sangue e nell'esame delle urine. Dal lato psichico si notava in qualche ammalato un residuo di una confusione mentale leggera del tipo psico-astenico. Notavasi pure frequentemente in questi ammalati una abbondante salivazione.

L'Autore asserisce di aver potuto esperimentare il suo metodo di cura senza incontrare accidenti veramente spiacevoli. Egli infatti accenna nella sua comunicazione soltanto a trombosi di vene della piega del gomito, ma rare, ed a qualche ascesso asettico in caso di iniezioni intramuscolari. Le iniezioni ipodermiche sarebbero pur esse molto ben sopportate sino alla dose di 2 gr. e 75 ctg.

Come risultati della cura si ebbero una diminuzione nello stato della rigidità, *facies* un po' meno rigida, riflessi pressochè normali, psichismo migliorato, sensazione di benessere fisico, euforia leggera, aumento del peso del corpo. Fondandosi sopra le quattro osservazioni menzionate ed anche sui fatti osservati in due casi di paralisi agitante tipica, in un caso di psicosi con fobie da arterio-sclerosi generalizzata ed in un caso di probabile ebefrenìa, l'autore pone alcune considerazioni personali a proposito della tecnica di sommini-

strazione e degli effetti terapeutici delle alte dosi di cacodilato di soda nelle sindromi parkinsoniane post-encefalitiche. E così per le vie di somministrazione egli qualifica ottima la via venosa, perchè essa evita le turbe locali e perchè è più rapida e più sicura dal punto di vista degli effetti terapeutici. L'iniezione intramuscolare sarebbe dolorosa ed incomoda e provocherebbe molto sovente la formazione di ascessi asettici. L'iniezione ipodermica è meno attiva.

Le soluzioni che il Rodrigues consiglia di adoperare, consistono in soluzioni acquose (in acqua bidistillata) al 25 o anche al 50 %, filtrata e sterilizzata con cura. La soluzione al 50 % è meno voluminosa e altrettanto sopportata come l'altra. Si deve compiere l'iniezione endovenosa con una certa rapidità per evitare la coagulazione del sangue nell'interno della siringa; fenomeno questo molto frequente. Come dosi egli consiglia quella iniziale di gr. 1,50. Alcuni de' suoi ammalati globalmente ricevettero dosi di 30 gr. ed anche molto più mediante iniezioni quotidiane progressivamente crescenti.

Per quanto riguarda l'insistenza terapeutica, si dovrebbero applicare una o più serie di 14-15 iniezioni ciascuna, ed in tal modo si possono applicare con dosi sempre crescenti dopo un certo periodo di riposo 3 o 4 serie di iniezioni senza alcun inconveniente. Per ciò che riguarda invece il modo di sopprimere il medicamento il Rodrigues asserisce di aver constatato che la soppressione brusca del cacodilato di soda provoca l'apparizione di turbe caratterizzate da depressione fisica e mentale e da aumento passeggero dello stato spasmodico. La soppressione lenta invece non cagionerebbe, al contrario, alcun perturbamento. Gli accidenti segnalati da questo autore sarebbero molto rari e la statistica in proposito riguarda più di 150 iniezioni endovenose e di 25 e 15 rispettivamente iniezioni ipodermiche e intramuscolari. Due volte egli ha assistito ad una sindrome gastro-intestinale da intossicazione con nausea, vomito e diarrea abbondante. Due volte assistette ad un quadro clinico composto da brividi con frequenza del polso, ma senza febbre.

Gli ammalati suoi avevano provato talvolta cefalea leggera. Così pure la salivazione che in certi ammalati subacuti si mostra di già molto abbondante può aumentare durante il trattamento potendo arrivare anche ad essere molto incomoda. La poliuria è costante. Non si ebbe mai comparsa di albumina, di glucosio e neppure di pigmenti biliari nell'urina.

Come effetti terapeutici così si esprime il Rodrigues: La sensazione subiettiva e obiettiva di rigidità spasmodica delle estremità e della nuca si attenua molto o anche arriva a scomparire. Riappare la mimica che era abolita. L'individuo mostra agilità motrice, esso non è più curvo e cammina bene. La grande ipertonia muscolare è rimpiazzata da una leggera ipertonia, da un tono normale. I riflessi tendinei diventano normali, ma si attenuano pochissimo dalla parte emiplegica, allorchè essa esiste. La paralisi dell'accomodazione migliora subito per scomparire poi. L'astenia fisica si corregge, perchè l'individuo manifesta maggiore attività e minor fatica durante gli sforzi. Quando esiste, scompare la letargia e il sonno ridiventa normale. L'appetito aumenta parallelamente al peso del corpo. La tensione arteriosa diminuisce lievemente presso gli ammalati ipertesi.

Dal punto di vista psichico si osserva: euforia più o meno evidente, sensazione di benessere, scomparsa dell'apatia e dell'astenia di cui soffrono ordinariamente i parkinsoniani post-encefalitici. L'attenzione del malato aumenta: egli può meglio ritenere e rievocare i fatti, mentre si nota in lui una tendenza a ricuperare il psichismo normale.

Circa il meccanismo dell'azione terapeutica del cacodilato di soda Sicard ed i suoi collaboratori pensano che la diminuzione delle contratture spastiche sia dovuta a un fatto biologico di nevrite arsenicale elettiva, opinione questa non condivisa da Lhermitte e Quesnel i quali pensano piuttosto ad un fenomeno nervoso di origine centrale per ora non precisabile. Così pure sembra essere di questa opinione il Rodrigues, il quale giustamente fa notare che i riflessi tendinei non vengono ad essere aboliti dalla cura, mentre poi non vi è diminuzione della forza muscolare nè la presenza di algie periferiche.

In riguardo al meccanismo patogenetico anche i risultati del Magaudda escludono l'ipotesi del Sicard. In nessuno dei casi egli ha potuto notare, dopo la cura alla Lhermitte, l'ariflessia achillea esponente di nevrite nel dominio dello sciatico popliteo interno, in nessuno alcuna variazione di comportamento dei nervi e dei muscoli allo stimolo faradico e galvanico. Dal complesso dei risultati ottenuti, considerando il carattere transitorio del miglioramento, sembra all'autore di poter affermare che la terapia cacodilica ad alte dosi nel trattamento delle contratture organiche non risponda purtroppo alle speranze che le comunicazioni di Lhermitte, Quesnel e Roasenda lasciavano supporre. Si è trattato nei

suoi casi di forme molto gravi e non si può perciò escludere che in altre condizioni, ad es., in lesioni pure della zona motrice corticale, si possano ottenere vantaggi più evidenti.

***

Anche nella Clinica Neuropatologica di Parma sono state fatte prove e si è tentato di curare col cacodilato di soda ad alta dose alcune malattie nervose e mentali anche allo scopo di controllare i risultati ottenuti e riferiti dagli altri esperimentatori. Riferirò quindi, nella speranza di portare modestamente il mio contributo all'argomento ancora recentemente discusso, i casi sottoposti nel corrente anno alla cura nella Clinica stessa:

Pietro R., di anni 47, agricoltore, affetto da morbo di Parkinson, tipico. Trascurando per brevità i dati anamnestici che qui non avrebbero alcuna importanza, dirò solo che egli è sempre stato discreto bevitore e non si contagiò mai di malattie veneree e sifilitiche. La presente malattia data da sette anni ed è insorta a poco a poco con diminuzione della forza e tremori specie alla mano destra. Dal lato obbiettivo si notano segni evidenti di rigidità delle membra; la rigidità è più accentuata nella metà destra del corpo. Notasi pure sopratutto agli arti superiori un tremore a piccole scosse, ritmico, con tutti i caratteri della forma parkinsoniana. Per questa stessa forma depongono l'esame dei riflessi, l'atteggiamento della persona, la fisionomia, l'andatura e tutti gli altri dati che si rilevano dall'esame obbiettivo. Non avendo giovato in nessun modo al paziente le numerose cure precedentemente fatte, si intraprende una cura di cacodilato di soda. Si poterono così iniettare per via intramuscolare nello spazio di 14 giorni, 13 gr. di cacodilato di soda, ripartiti come risulta nello specchietto seguente:

31 marzo: 1ª iniezione di cacodilato di soda, soluzione al 25 %, centgr. 25;

1° aprile: 2ª iniezione di centgr. 25 di cacodilato di soda; il medicamento è ben tollerato, non si ha alcuna reazione locale. Le condizioni generali sono buone; il polso non subisce modificazioni neppure qualche ora dopo l'iniezione; l'alvo si mantiene regolare; l'esame delle urine si mantiene in tutto negativo. Le condizioni psichiche del paziente, che in generale offrono un certo grado di euforia, si mantengono invariate;

2 aprile: 3ª iniezione di centgr. 50 di cacodilato di soda;

3 aprile: 4ª iniezione di centgr. 50 di cacodilato di soda;

4 aprile: 5ª iniezione di centgr. 50 di cacodilato di soda;

5 aprile: 6ª iniezione di centgr. 50 di cacodilato di soda;

6 aprile: 7ª iniezione di centgr. 75 di cacodilato di soda.

L'ammalato accusa, dopo questa iniezione, un leggero dolore in corrispondenza della regione glutea e aumento del tremore.

7 aprile: 8ª iniezione di centgr. 50 di cacodilato di soda

Oggi si è ritornato alla dose di 50 centgr. in seguito ai leggeri disturbi accusati dopo l'iniezione precedente.

8 aprile: 9ª iniezione di centgr. 75 di cacodilato di soda; ben tollerata — Nessun disturbo obbiettivo e subiettivo — Nulla nell'esame delle urine e del sangue;

9 aprile: 10ª iniezione di gr. 1.00 di cacodilato di soda;

10 aprile: 11ª iniezione di gr. 1.00 di cacodilato di soda;

11 aprile: 12ª iniezione di gr. 1,25 di cacodilato di soda.

Da oggi le iniezioni si compiono con una soluzione al 50 %.

12 aprile: 13ª iniezione di gr. 1,50 di cacodilato di soda;

13 aprile: 14ª iniezione di gr. 1,75 di cacodilato di soda;

14 aprile: 15ª iniezione di gr. 2,00 di cacodilato di soda.

A questo punto si credette opportuno di sospendere le iniezioni e si riesaminò accuratamente l'ammalato. Dal lato obbiettivo si era notata una leggera modificazione nell'atteggiamento della persona e nella *facies* che pareva meno rigida nell'espressione del volto. Così pure era lievemente diminuita la contrattura degli arti ed anche l'andatura apparve compiersi più speditamente. La pressione arteriosa che all'inizio della cura misurava col Riva-Rocci 170 mm. si mantenne invariata sia durante che dopo terminate le iniezioni. Lo stato psichico del paziente non subì nessun danno e permase invariato anche avendo troncato rapidamente la cura.

Era nostro intento, trascorso un certo intervallo di tempo, di riprendere una nuova serie di iniezioni ed eventualmente altre successive, ma l'ammalato di cui ebbi occasione di avere notizie dopo un certo periodo, vi si rifiutò perchè i leggeri miglioramenti ottenuti, cessata la cura, si erano ben presto dileguati ed egli era ritornato nelle medesime condizioni di prima.

Giuseppe F., di anni 29, verniciatore, affetto da sindrome parkinsoniana post-encefalitica letargica.

Dalla storia anamnestica, oltrechè l'influenza nociva dovuta alla sua speciale professione, risulterebbe che anche l'alcoolismo a cui egli si era dato già da anni, doveva aver aggravato la sua malattia. Nel gennaio 1920 ammalò di encefalite letargica tipica e dopo un certo periodo di ricovero e di cure nella Clinica Medica, venne dimesso e rinviato in famiglia migliorato. Il miglioramento però fu purtroppo breve e cedette il posto ad uno stato di progressivo decadimento fisico e mentale che lo ha ora ridotto in condizioni pietose. Obbiettivamente, oltrechè un grave deperimento organico, presenta una nutrizione scadentissima. Egli ha l'aspetto e l'atteggiamento del parkinsoniano, rigidità delle membra, *facies* senza mimica, andatura rigida. Oltre a ciò presenta paresi del ramo inferiore del facciale destro, abbondante salivazione con notevole difficoltà nella deglutizione, sicchè egli ha continuamente uno scolo abbondatissimo di saliva che esce dalla bocca con frequenza. Anche dal lato delle pupille si nota una anisocoria con midriasi della pupilla destra; pressione arteriosa 140.

Anche questo ammalato venne trattato con varie cure mediche e fu sottoposto anche a correnti elettriche, a bagni caldi, ecc., ma nulla ha servito ad arrestare il processo fatalmente progressivo. Tentammo allora dopo il lavoro del Rodrigues, una cura arsenicale. Gli vennero così somministrati nello spazio di 14 giorni per via endovenosa gr. 17 di cacodilato di soda, in soluzioni al 0,25 e 0,50% con dosi progressivamente crescenti e giornaliere, distribuite come segue:

2 aprile: 1ª iniezione di cacodilato di soda, gr. 0,25;
3 aprile: 2ª iniezione di cacodilato di soda, gr. 0,25;
4 aprile: 3ª iniezione di cacodilato di soda, gr. 0,50;
5 aprile: 4ª iniezione di cacodilato di soda, gr. 0,75;
6 aprile: 5ª iniezione di cacodilato di soda, gr. 0,75;
7 aprile: 6ª iniezione di cacodilato di soda, gr. 1,00;
8 aprile: 7ª iniezione di cacodilato di soda, gr. 1,00;
9 aprile: 8ª iniezione di cacodilato di soda, gr. 1,25;
10 aprile: 9ª iniezione di cacodilato di soda, gr. 1,00;
11 aprile: 10ª iniezione di cacodilato di soda, gr. 1,25;
12 aprile: 11ª iniezione di cacodilato di soda, gr. 1,50;
13 aprile: 12ª iniezione di cacodilato di soda, gr. 2,00;
14 aprile: 13ª iniezione di cacodilato di soda, gr. 2,50;
15 aprile: 14ª iniezione di cacodilato di soda, gr. 3,00.

Durante la cura vennero esaminati ripetutamente l'urina e il sangue, ma non si ebbe mai a riscontrare alcun inconveniente di sorta. Anche l'ammalato non accusò mai disturbi; mai ebbe accenni a diarrea, a mal di capo, ma si mantenne sempre anche psichicamente in condizioni invariate. Purtroppo non si ebbe neppure alcun miglioramento, sia nello stato di contrattura che nel decorso degli altri sintomi della malattia. Oggi, alla distanza di due mesi dalla cura intrapresa, si nota uno stato invariato nelle sue condizioni somatiche e psichiche, ma, dato un notevole peggioramento delle sue condizioni di nutrizione, non ci è parso consigliabile nè opportuno intraprendere una seconda serie di iniezioni.

Il peggioramento dello stato di nutrizione e forse anche l'aumento della salivazione, un maggiore intontimento sotto forma quasi di confusione mentale unitamente a decadenza grave delle altre facoltà psichiche, può essere dovuto alla cura cacodilitica?

Io non esiterei a rispondere in senso negativo, perchè la cura venne assai ben tollerata senza dar luogo ad alcun inconveniente e perchè è molto più probabile, se non certo, che lo stato di deperimento progressivo sia fisico che mentale, corrisponda all'aggravarsi spontaneo della triste malattia.

A proposito di questo ammalato, e riferendomi anche ad altri casi analoghi che ho potuto osservare, mi si permetta quì di fare incidentalmente alcune piccole considerazioni riguardanti la fisionomia, l'atteggiamento della persona, l'andatura, la paresi del facciale presentata dagli encefalitici con sindromi parkinsoniane.

In parecchi di questi soggetti la fisionomia ricorda molto da vicino quella del morbo di Parkinson, ma se ne differenzia inquantochè non è mai così rigida ed in quanto essa è quasi sempre accompagnata da paresi o vere paralisi del ramo inferiore del facciale. Anche questo nervo, nei casi da me studiati, era colpito sempre e preferibilmente non solo nel ramo inferiore, ma costantemente nel lato destro. Quale ne è la ragione? Quale può essere il substrato anatomo-patologico e perchè questo deve colpire più il lato destro che non il sinistro? Il fatto mi ricorda che anche nella pupilla, come io stesso ho avuto modo di osservare in uno studio sulle anisocorie, è più facile riscontrare la lesione del lato destro che non quella del lato sinistro.

Anche l'atteggiamento della persona in questa forma pseudo-parkinsoniana è un po' diverso da quello che assume l'ammalato veramente di Parkinson. Di quest'ultimo è ben nota da tutti la curva all'innanzi del tronco, fatto questo caratteristico, in rapporto alla rigidità e molto ben evidente specialmente nell'andatura. Il pseudo parkinsoniano postencefalitico possiede pur esso un certo grado di rigidità del tronco e degli arti, mentre la persona non si curva mai all'innanzi quanto il parkinsoniano tipico ma rimane molto spesso rigida, iperestesa, ritta, senza espressione. Si direbbe che nel Parkinson tipico sono colpiti prevalentemente dalla contrattura i muscoli flessori del tronco mentre nelle forme post-encefalitiche sarebbero lesi e presi dalla rigidità *principalmente* i muscoli estensori.

***

Seguendo il concetto che l'arsenico dovesse pure giovare nelle forme sifilitiche del sistema nervoso, un terzo caso è stato da noi curato col cacodilato di soda.

Adele R., di anni 38, affetta da paralisi progressiva.

Dall'esame anamnestico era risultato che il padre, alcoolista, morì in età di 32 anni pure di paralisi progressiva. I nonni ed una zia paterna morirono di tubercolosi polmonare. L'inizio della malattia mentale datava da sei mesi. Obbiettivamente l'a. presentava: lievi tremori agli arti superiori e alla lingua, anisocoria con riflessi pupillari scarsi, disartria, esagerazione dei riflessi profondi, disprassia grave, reazione di Wassermann nel sangue positiva con ÷ + + +, notevole deperimento organico ed oligoemia. Dal lato psichico si notava grave incoerenza delle idee, euforia, delirio di grandezza, di persecuzione e di gelosia, confusione mentale, scomparsa del

poter critico, perdita dei sentimenti affettivi, morali e di quelli estetici, gravi disturbi della memoria sopratutto per i fatti recenti, disgrafia, fenomeni di eccitamento con impulsività, stolidità degli atti e della condotta, incoscienza.

La cura è stata fatta per mezzo di iniezioni intramuscolari perchè dato lo stato di eccitazione psichica della paziente essa non ci permise mai di poter fare delle iniezioni endovenose.

Il condilato venne somministrato nel giorno e nelle dosi seguenti:

5 aprile: 1ª iniezione di centgr. 25 di cacodilato di soda;

6 aprile: 2ª iniezione di centgr. 50 di cacodilato di soda;

7 aprile: 3ª iniezione di cengr. 50 di cacodilato di soda;

8 aprile: 4ª iniezione di centgr. 75 di cacodilato di soda;

9 aprile: 5ª iniezione di gr. 1,00 di cacodilato di soda.

L'ammalata sopporta bene la cura e non si lamenta di alcun disturbo, si può così aumentare progressivamente la quantità del medicamento da iniettarsi e fare iniezioni giornaliere. L'esame delle urine non presenta albumina nè pigmenti biliari. L'emometria rileva un grado notevole di anemia.

10 aprile: 6ª iniezione di gr. 1,00 di cacodilato di soda;

11 aprile: 7ª iniezione di gr. 1,25 di cacodilato di soda;

12 aprile: 8ª iniezione di gr. 1,50 di cacodilato di soda;

13 aprile: 9ª iniezione di gr. 1,75 di cacodilato di soda;

14 aprile: 10ª iniezione di gr. 2,00 di cacodilato di soda;

15 aprile: non è possibile fare l'iniezione perchè la paziente che è oggi agitatissima, vi si rifiuta recisamente. Essa è clamorosa, rifiuta il cibo, è impulsiva, sudicia, disordinatissima nelle idee e nella condotta: Oggi attraversa una fase di eccitamento fisico-motore.

16 aprile: Ha trascorso la notte relativamente tranquilla e stamane è più calma e si nutre spontaneamente. Si può così continuare nella cura e fare la 11ª iniezione di gr. 2,00 di cacodilato di soda;

17 aprile: 12ª iniezione di gr. 2,25 di cacodilato di soda;

18 aprile: 13ª iniezione di gr. 2,25 di cacodilato di soda. Presenta nuovamente clamorosità, agitazione psicomotoria grave. Cogliendola in momenti di relativa tranquillità si riesce ad avere qualche risposta che rileva ogni giorno di più il progressivo decadimento mentale sopratutto delle facoltà più mobili e più evolute. Parla senza ritegno, non ha affatto il ricordo dei fatti recenti.

19 aprile: 14ª iniezione di gr. 2,50 di cacodilato di soda;

20 aprile: 15ª iniezione di gr. 2,50 di cacodilato di soda.

In complesso nello spazio di 15 giorni e cioè dal 5 al 20 aprile si sono iniettati per via intramuscolare alla paziente gr. 22 di cacodilato di soda ben tollerati e che non hanno dato luogo ad alcun inconveniente.

I riflessi tendinei vivaci all'inizio della cura, si sono costantemente mantenuti tali anche dopo, ad iniezioni ultimate.

Non si ebbero algie nè altri sintomi che potessero far pensare ad un'azione elettiva dell'arsenico sui nervi periferici, nessun segno di nevrite arsenicale.

Anche lo stato psichico dell'A. purtroppo non fu per nulla modificato dalla cura arsenicale e la malattia continuò nel suo decorso fatalmente progressivo.

***

Dall'insegnamento e dall'esperienza di questi casi mi pare ora di poter trarre le seguenti conclusioni:

1° La terapia arsenicale ad alta dose usata con cautela e con dosi progressivamente crescenti può essere praticata, almeno come tentativo, anche in talune malattie nervose e mentali.

2° Purtroppo allo stato delle odierne conoscenze, sembra che anche la cura arsenicale ad alta dose possa dare solo miglioramenti transitori. È sperabile che approfondendo le esperienze al riguardo, si possano scoprire i casi in cui essa debba veramente giovare, sopratutto in certe forme prese all'inizio, quando cioè l'elemento nervoso è ancora riparabile e non di già distrutto.

3° Il cacodilato di soda ad alta dose non pare produca sempre una diminuzione della pressione arteriosa ed usato coi metodi suesposti non dà luogo a nevriti arsenicali.

4° La cura arsenicale ad alta dose — gr. 22 di cacodilato di soda in 15 giorni — in un caso di paralisi progressiva non ha modificato per nulla lo stato psichico nè quello somatico.

BIBLIOGRAFIA.

Effets des arsénicaux sur les contractures organiques et la maladie de Parkinson par LHERMITTE et QUESNEL. Revue Neurologique, 1919, n. 12.

La terapia arsenicale ad alte dosi nelle contratture organiche, per il dott. PAOLO MAGAUDDA. Policlinico, Sezione pratica, 1921, fasc. 5.

Sur le traitement des Syndromes Parkinsoniens postencéphalitiques par le Cacodylate de soude par M BELARMINO RODRIGUEZ (de Barcelona). Revue Neurologique, 1921, n. 1.

Sul trattamento di sindromi nervose (contratture muscolari, rigidità) e circolatorie con iniezioni ipodermiche di cacodilato di soda ad altissime dosi per il dott. GIUSEPPE ROASENDA. Policlinico, Sezione Pratica, fasc. 31, agosto 1920.

La somministrazione endovenosa del cacodilato di sodio nella febbre ricorrente per S. L. PEYRE. Presse médicale, 1919.

Sui pericoli nell'uso del cacodilato ad alte dosi in terapia per il dott. EMANUELE SANFILIPPO. Policlinico, Sezione pratica, fasc. 16, 1921.
La terapia arsenicale nel morbo di Parkinson. Policlinico, Sezione pratica, 1920, PORRU C.

NOTE E CONTRIBUTI

UFFICIO PROFILASSI ANTIMALARICA - III ARMATA
diretto dal prof. A. DIONISI.

Cinconina e malaria.

Dott. A. SANGUINETTI.

Durante la guerra, per quasi due ani, ho avuto la fortuna di seguire da vicino la sapiente opera del prof. A. Dionisi, allora Consulente malariologo della III Armata, e di aver potuto largamente sperimentare il metodo da lui proposto per la cura dei malarici.

Tale metodo consiste nel somministrare la chinina per bocca nel modo seguente: per sei giorni consecutivi il malato deve prendere gr. 1.60 di chinina al dì (2 compresse da 20 ctg. di solfato o bicloridrato di chinina al caffè, 3 compresse al 1° rancio e 3 al 2° rancio); gr. 0,80 al dì per i 14 giorni seguenti (2 compresse al 1° rancio e 2 al 2°) e infine deve continuare a prendere ctg. 40 di chinina al giorno per i due mesi successivi.

Questo per la terzana primaverile, per la quartana e l'estivo-autunale. Per gli accessi di estivo-autunnale di una certa gravezza e per le perniciose erano dettate altre norme (dosi maggiori, iniezioni endomuscolari, endovenose, ecc.).

Per parte mia posso affermare che seguendo i dettami del prof. Dionisi ho avuto sempre risultati ottimi, sia nelle Infermerie Divisionali che negli Ospedali specializzati per malarici. E cioè nella quasi totalità dei casi (esclusi quelli di perniciosa) trattati *personalmente* col chinino nelle dosi sopra accennate si è ottenuta la rapidissima scomparsa degli accessi febbrili per tutto il periodo di osservazione. I casi da me curati sommano a qualche centinaio, e il tempo di osservazione, specie negli ultimi mesi del 1918 e nel 1919, si è protratto per venti giorni, spesso per cinquanta o sessanta.

Posso aggiungere che non mi sono imbattuto mai in individui che fossero del tutto resistenti all'azione del chinino, o in malati che fossero colpiti da fenomeni tossici notevoli dall'uso di quantità terapeutiche dell'alcaloide.

La chinino-resistenza però e la intolleranza per il chinino, sono fatti così ben conosciuti (per quanto abbastanza rari), che giustificano perfettamente il bisogno, provato da molti medici, di trovare sostanze capaci di sostituire tale medicamento.

In questi ultimi anni le nostre conoscenze riguardo al valore terapeutico dei succedanei del chinino non hanno fatto gran passi, ed anche oggi regna molta incertezza, qualora si debba curare un malarico senza l'alcaloide specifico.

Perciò essendomi stato affidato dal prof. Dionisi, nel giugno 1919, il compito di sperimentare gli effetti della cinconina sui malarici, non mi sembra inutile riferirne in succinto, tanto più che dopo l'uso di questo alcaloide da parte di medici militari inglesi e francesi in tempi lontani, la letteratura medica è stata quasi del tutto muta in proposito.

Solo quest'anno, nella Clinica Medica di Roma, la cinconina è risorta per opera di Ascoli e di Silvestri. Il prof. Ascoli ha comunicato all'Accademia Medica di Roma due casi di malarici con emoglobinuria da chinina guariti colla cinconina (1) e Silvestri ha comunicato alla stessa Accademia gli esperimenti colla cinconina in diversi malarici con ottimi risultati, del tutto simili a quelli che si ottengono con la chinina (2).

Il prof. Pontano poi, nella sua relazione critica sulla malaria, al Congresso di Medicina tenuto a Trieste quest'anno, ha di nuovo proposto come succedaneo della chinina la cinconina (3).

I casi in cui, seguendo i consigli del professor Dionisi, sperimentai la cinconina sono in numero di dieci, tutti militari ricoverati sulla fine di giugno nell'ospedale di tappa di Trieste.

Di questi, sette avevano contratta l'infezione nel basso Piave o nel basso Isonzo da una anno o due; gli altri tre erano malarici recentissimi, provenienti da Isola Morosini e da Aquileia. Nessuno presentava sintomi di particolare gravezza, per quanto alcuni mostrassero palesi i segni della cronicità del loro male; per lo più erano discretamente anemici, in istato di lieve iponutrizione, con milza modicamente ingrandita. Tutti però avevano recidive abbastanza frequenti: di solito gli accessi febbrili erano separati da intervalli irregolari mai superiori a venti giorni; solo quelli affetti da malaria recente entrarono all'Ospedale dopo varii accessi susseguentisi in pochi giorni, essendo stati scarsamente curati ai rispettivi Corpi.

La terapia colla cinconina si cominciò, in ogni caso, appena accertata la diagnosi coll'esame del sangue durante un accesso.

Si è sempre trattato di terzana primaverile. La cinconina fu somministrata sotto forma di cloridrato di cinconina fornito dalla Farmacia Centrale Militare in compresse da 20 ctg. ciascuna, e le dosi adoperate furono identiche a quelle che erano prescritte per la cura della malaria coi sali di chinina.

In tutti i malarici gli accessi febbrili cessarono subito e non si presentarono più per tutto il tempo di osservazione.

Gli ammalati rimasero all'Ospedale per un tempo variabile da venti a ventisei giorni, poi furono inviati in licenza di convalescenza per un mese, pur essendo le loro condizioni di salute del tutto soddisfacenti. Durante la cura nessuno degli ammalati si lagnò della minima molestia, anzi ciascuno riconobbe di aver ottenuto grandissimo giovamentto dalla cura; d'altra parte non si verificò mai nessuna fatto obbiettivo che in qualche modo potesse essere ascritto ad un'azione tossica della cinconina.

Durante la degenza di questi malarici all'Ospedale si osservò che, come per i sali di chinina, così per la cinconina l'eliminazione per le urine si fa ben manifesta dopo circa due ore dall'ingestione di 20 ctg. di alcaloide e che la reazione è della stessa intensità e durata (reattivo del Tanret). Le urine non presentarono mai albume e il sedimento, spesso accuratamente esaminato in tutti i casi, non diede mai un reperto patologico.

Nell'inviare questi malarici in licenza di convalescenza si distribuì a ciascuno una quantità di cloridrato di cinconina sufficiente per finire la cura, e a ciascuno si raccomandò di presentarsi di nuovo all'Ospedale non appena fosse di ritorno.

Sette dei dieci malarici ritornarono in ottime condizioni di salute affermando di aver regolarmente ingerita la cinconina senza aver mai avvertito alcun disturbo, e senza esser ricaduti negli accessi febbrili. Di questi malati mi giunsero notizie anche in seguitto dopo alcuni giorni dal termine della cura; nessuno aveva più recidivato.

Colla cinconina si era adunque ottenuto ciò che si è soliti ottenere col chinino. I tre malarici che non rividi al ritorno dalla licenza non mi diedero più alcuna notizia.

Non posso affermare che la cinconina possa sostituire il chinino in ogni caso, ma penso che questa sostanza sia da usare largamente nella pratica medica, non solo nei casi di chinino-resistenza o di intolleranza pel chinino, ma anche nella terapia corrente delle terzane primaverili e delle quartane.

Non sarà lieve il vantaggio se si pensi al come sia difficile procurare sufficiente quantità di chinina per tanti malarici quanti sappiamo esistere oggi in Italia.

I risultati potranno essere ottimi o pessimi: ma è mia opinione che quasi tutto dipenderà dal fatto che i malarici prenderanno o non prenderanno la cinconina nella dovuta maniera.

BIBLIOGRAFIA.

1. V. ASCOLI. R. Acc. Medica di Roma, 25 maggio 1919. Dal « Policlinico », Sez. pratica, n. 26, 1919.
2. S. SILVESTRI. R. Acc. Medica di Roma, 26 giugno 1919. Dal « Policlinico », Sez. pratica, n. 19, 1919.
3. T. PONTANO. XXV Congresso di Medicina interna, Trieste. Dal « Policlinico », Sezione pratica, n. 41, 1919.

RIVISTE SINTETICHE.

Fisiopatologia delle cavità nasali. (*)

Prof. T. MANCIOLI.

I. — LA FISIOLOGIA DELLE CAVITÀ NASALI NELLA STORIA DELLA MEDICINA.

La teoria d'Ippocrate, che nel « de usu partium » descriveva la sensazione dell'olfatto come dovuta ad un pneuma vaporoso che doveva penetrare nei ventricoli cerebrali, e quella di Galeno, che vedeva nelle cavità nasali anche una via di deflusso di materie nocive al cervello dopo che l'aria, attraverso il naso, lo aveva ventilato, furono supinamente seguite dai bizantini, dagli Arabi e perfino dai medici della Rinascenza.

Nel secolo XVII con le ricerche di Schneider e di Willis s'intuisce più netto il meccanismo dell'olfatto, mentre Haller vede che l'aria attraversando il naso si riscalda e si umidifica, e Le Cat richiama l'attenzione sui rapporti tra olfatto e gusto, e si comincia a parlare dei riflessi nasali.

Al principio del secolo XIX Cloquet, con studi di fisiologia comparata, riassume le conoscenze ancora un po' elementari dei suoi predecessori sull'olfatto; verso la metà del secolo Magendie col non voler riconoscere al I paio il carattere di nervo specifico dà luogo ad osservazioni e lavori di cui si avvantaggia la rinologia, la quale diventa scienza con Voltolini, alla metà del secolo XIX, con le ricerche, oltre che sull'olfatto, sulla funzione delle cavità na-

(*) Sunto di una relazione al XIII Congresso della Società Italiana di Oto-rino-laringologia in Ravenna, 13-15 ottobre 1921.

sali nella respirazione e nel meccanismo di difesa dell'organismo.

II. — LE CAVITÀ NASALI E IL SENSO DELL'OLFATTO.

Ricordate le ricerche anatomiche e fisiologiche sui centri olfattori, le osservazioni sugli effetti di stimoli non specifici sulla mucosa olfattiva, le condizioni intrinseche perchè la funzione abbia luogo l'A. espone i criteri sulla eccitabilità olfattiva, sul tempo di reazione olfattiva, sui rapporti tra olfatto e gusto. L'A. si è in special modo dedicato allo studio della acutezza olfattiva le cui variazioni ha ricercato con l'olfattometro doppio di Zwaardemaker in speciali condizioni, e cioè:

1° In rapporto *con la fatica*: ha trovato che dopo una breve gita in bicicletta (3 km.) l'olfatto aumenta (ritiene per il lieve eccitamento cardiaco che apporta una migliore sanguificazione ai centri), mentre dopo una gita un po' lunga (20 km.) diminuisce (per l'insorgere di fenomeni di stanchezza).

2° In rapporto *con l'alimentazione*: ha trovato che, dopo il pasto diminuisce da 1/2 ad 1 grado (ritiene per stanchezza olfattoria venendo l'olfatto eccitato ad ogni deglutinazione).

3° In rapporto *con infezioni*: ha trovato che nel tifo l'acutezza olfattoria (rispetto alla media) è diminuita nella 2ª e 3ª settimana, aumentata nella convalescenza.

4° Ha fatto infine delle ricerche sulla eccitabilità olfattiva nel sonno sia negli uomini che in animali, notando che solo individui ipersensibili possono essere destati da profumi anche lievi mentre questa è la norma in alcuni animali superiori (cane, gatto).

Richiama l'attenzione sulla importanza sociale delle vie nasali in rapporto con alcune fra le più note abitudini voluttuarie.

Il *tabacco* che, sia da fiuto che da fumo, eccita l'olfatto, l'*etere* e la *cocaina* che per le vie nasali vengono con tanta facilità e rapidità assorbite

L'*etere* non si generalizzò per l'odore quasi a tutti sgradito, mentre il fiutare *cocaina* dilaga perchè non trova nell'olfatto una barriera di repulsa; basterebbe tenerla in commercio combinata con sostanza di odore repugnante per sopprimere il cocainismo.

I biologi hanno dimostrato che la cocaina è inizialmente un eccitante, specie della sfera sessuale.

Occorre ricordare che i centri genetici sono nel cervello anteriore (e, secondo alcuni fisiologi, proprio nei lobi olfattori), e quanto gli stimoli odorosi (in modo prevalentissimo negli animali, in modo notevole nell'uomo) rientrino fra i richiami alla riproduzione.

Sembrò quindi all'A. di grande interesse studiare se la cocaina influenzasse i centri olfattivi. Poche ricerche pregresse e fatte con altri scopi avevano apportato risultati discordi. In 3 giovani da poco iniziati al cocainismo ha trovato che 30 cgr. di alcaloide annusato suscita un notevole grado di *iperosmia* della durata di 15'-30' cui segue *iposmia*, poi l'acutezza olfattiva torna normale.

In altri cocainomani, da tempo abituali, l'acutezza olfattiva era permanentemente inferiore al normale con nessun aumento dell'olfatto dopo l'inspirazione dell'alcaloide (sessualmente erano impotenti).

Anche la facoltà *uditiva* segue la gamma dell'olfattiva.

L'A. ha fatto delle ricerche sulla acutezza olfattiva sotto l'azione dello zucchero.

Mentre ha trovato che inspirazioni di zucchero in polvere non hanno influenza sull'olfatto, ha visto che miscele di zucchero più cocaina danno effetti di iperosmia e di iperacusia superiori della sola cocaina.

Nè è da pensare che l'iperosmia da cocaina sia in rapporto con la lieve ischemia che renderebbe più pervie le vie nasali, che anzi tale condizione, come ha provato con soluzioni di adrenalina, è *sfavorevole alla olfazione*, giacchè la corrente aerea tende a sfuggire durante l'atto del fiutare, anzichè incanalarsi per la fessura olfattiva.

Dunque secondo l'A. resta provato che l'iperosmia che sopravviene intensa come primo fenomeno dopo il fiuto della cocaina, indica una iperfunzione del cervello anteriore, un eccitamento *diretto* al senso genesico, eccitamento che viene moltiplicato (per il tramite stesso della iperosmia) da tutti quegli altri stimoli olfattori che abbondano in certi ambienti e che di fronte al centro iperfunzionante acquistano nuovo potere per sovraeccitarlo.

Seguono esposte con classificazione schematica le cause dirette e indirette, locali e generali che apportano alterazioni olfattive.

III. — LE CAVITÀ NASALI E LA FUNZIONE RESPIRATORIA.

Malgrado che il controllo secolare dell'abitudine e la tradizionale esperienza orientale avessero già suggerito alla fisiologia che la respirazione non può effettuarsi normalmente che a patto di essere *bilaterale e sufficiente attraverso il dedalo delle vie nasali*, da Voltolini e Maray, Ruganti e Poli, fu una serie di brillanti ricerche dalle quali si dedusse che la respirazione boccale è *meno profonda, me-*

no frequente, meno ritmica della nasale (onde risulta una diminuzione del grado di ventilazione polmonare con insufficiente ematosi e insorgenza di riflessi per probabili turbe portate al normale autogoverno respiratorio dei centri bulbari).

Tutti gli sperimentatori dovettero fare un lavoro di analisi mettendosi in condizioni di esperimento che non poteva contemplare che una quantità piuttosto rara di casi ordinari, poichè la impermeabilità nasale assoluta e permanente non è tanto comune come quella parziale (su 60.000 ragazzi l'A. trovò il 60% di adenoidei). Oltre a ciò la impermeabilità nasale abituale genera dei compensi costituiti da alterazioni del torace e del viso riferibili a funzione abnorme di gruppi muscolari che debbono compensare con attività propria la insufficiente funzione regolatrice delle cavità nasali sulla respirazione.

La maggiore funzione delle cavità nasali nella respirazione (a parte il meccanismo di difesa) poggia sulla grande, automatica variazione della loro permeabilità, prima barriera che modifichi la velocità dell'aria richiamata nei polmoni (più lieve modificazione sarà data dalla glottide).

pressione che varia a seconda della richiesta polmonare; ciò mantiene quell'equilibrio di alterne stimolazioni riflesse che assicurano la respirazione fisiologica.

Autori americani studiarono l'influenza sulla mucosa nasale della umidità e della temperatura in ambienti di lavoro. L'A. ha voluto portare un contributo a questo argomento.

Sia con la rinoscopia, sia ritraendo le macchie olfattive che con un semplice espediente decalca sulla carta, ha largamente sperimentato le variazioni della permeabilità nasale in varie condizioni individuali e di ambiente ricercando anche, in adatti momenti, le variazioni della corrente respiratoria col pneumografo.

1° Per agenti meccanici:

Tenendo occlusa una narice: la macchia olfattiva dell'altra, prima si raddoppia, dopo 2' torna come prima (perchè la cavità nasale ha tempo di ampliare i suoi diametri e quindi la pressione dell'aria espirata, prima raddoppiata, si riduce).

Sperimentando subito dopo una grave fatica (corsa) l'ampiezza delle macchie olfattive aumenta straordinariamente mentre la mucosa apparisce pallida e retratta.

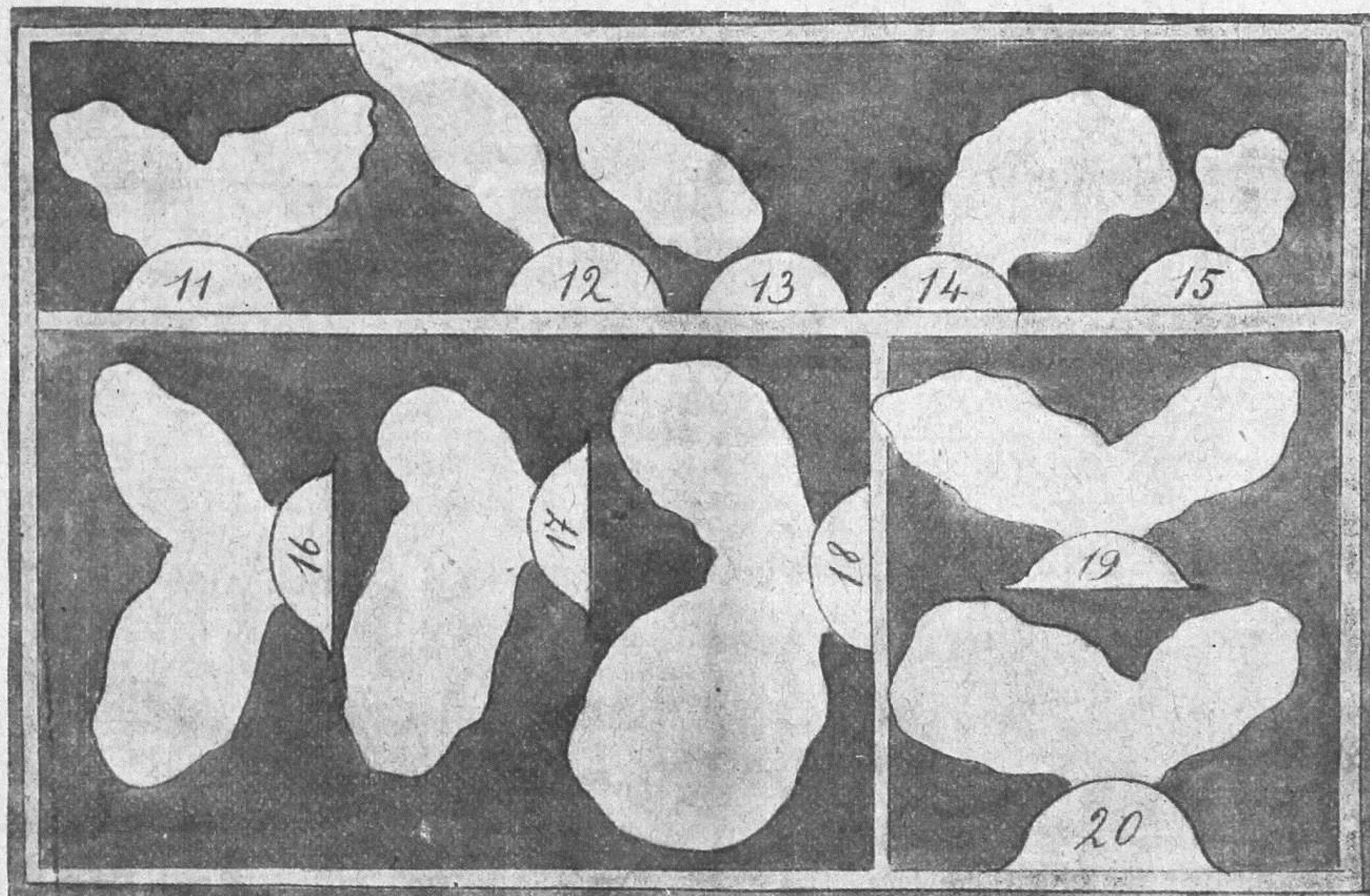


Fig. 1 — Variazioni delle macchie olfattive: occludendo una narice (11 a 15); con irrigazioni di acqua calda (16 a 18); con applicazioni di soluzioni di zucchero (19 e 20).

Il variare dei diametri delle cavità nasali in rapporto col variare della richiesta d'aria da parte dei polmoni, fa sì che l'aria passi in quantità maggiore o minore e quindi con una

2° Per agenti fisici (fig. 1):

Esponendo il viso di un paziente ad un ventilatore d'aria a 16° si ha dopo 5' riduzione delle macchie olfattive e riduzione maggiore

dopo altri 5'. L'esame rinoscopico rivela: mucosa congesta, ipertrofica, coperta di rugiada di muco. Il pneumografo dà un'onda di lunghezza eguale (a quella di riposo) ma di lunghezza ridotta della metà. Quindi gli atti respiratori sono più brevi e superficiali come per impedire all'aria fredda di penetrare in una vasta zona di alveoli. Esponendo il viso del paziente ad un ventilatore d'aria a 45° si ha dopo 5' ampliamento delle macchie olfatiche che aumenta ancora dopo altri 5'. L'esame rinoscopico rileva: mucosa pallida, retratta, poco umida (per la rapida evaporazione).

Il pneumografo dà onda di lunghezza doppia e di altezza ridotta della metà.

Onde il respiro è più superficiale e più lento.

Irrigazioni di acqua fredda e di acqua calda danno corrispondenti risultati più accentuati.

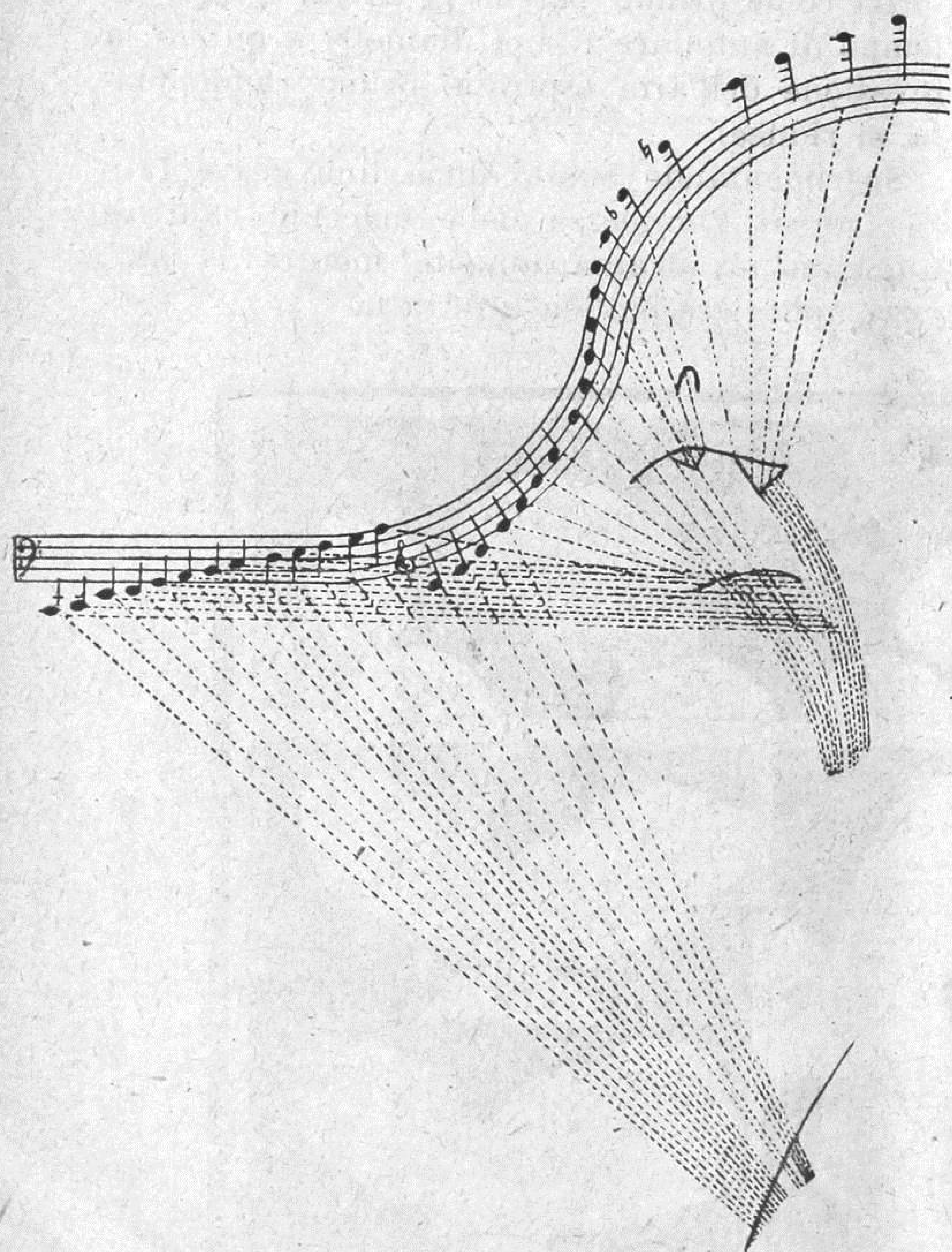


Fig. 2 — Schema degli appoggi.

3° Per agenti chimici:

L'*Adrenalina*. — Alla rinoscopia si nota la mucosa pallidissima, retratta, macchie olfattive enormi.

Il pneumografo dà onde di lunghezza eguale e di altezza minore di quelle ottenute con l'aria calda.

La *Cocaina* in soluzione dà gli stessi risultati ma meno intensi.

Lo *Zucchero* in polvere o in soluzione satur. dà risultato intermedio tra cocaina e adrenalina.

Queste esperienze dimostrano esaurientemente che quando uno stimolo agisce in modo da far aumentare la necessità d'aria ai polmoni agisce anche in modo da rendere più permeabile la cavità nasale e viceversa.

IV. — LE CAVITÀ NASALI E LA FONAZIONE.

Oltre al permettere il rapido rifornimento del mantice polmonare, le cavità nasali costituiscono gran parte dell'apparecchio che deve dare il carattere e il volume della voce.

L'A. ritiene che alle variabilità della permeabilità nasale debbano riferirsi quelle notevoli variazioni del registro vocale nelle varie ore del giorno, rilevate dal Baglioni; conferma



Fig. 2-bis

le osservazioni di Hahn che la cocaina sulla mucosa nasale, per via centrale e periferica, altera il respiro con tendenza all'accelerazione del respiro nel canto, mentre la voce si rende

temporaneamente più sonora perchè la mucosa ischemica e ipoestesica funziona come un risuonatore metallico, risentendo meno degli stimoli esterni e dello stato emotivo.

Riguardo alla risonanza che la voce acquista nelle cavità nasali furono distinti tre fenomeni diversi:

1° la risonanza diretta: delle cavità nasali e seni;

2° la risonanza indiretta: soprapalatale;

3° il fenomeno della nasalità della voce.

Assai discussa fu l'influenza della risonanza indiretta, ma infine dimostrata la straordinaria importanza della risonanza indiretta perfino a velopendolo abbassato.

Schematicamente si può dire che *le note acute* avendo bisogno di risuonatori piccoli, trovano preferibile risonanza nelle cavità nasali e nei seni, *le note medie* trovano risuonatori più adatti nella cavità buccale, e le *note gravi* negli organi e nelle pareti toraciche. Però, tenendo conto del notevole numero degli armonici, che secondo l'abilità dell'artista delle sezioni più piccole dell'apparato risuonatore. L'A. ha fatto estese ricerche sulla funzione del naso nel linguaggio e nel canto (fig. 3).

1° *Nel linguaggio*: prendendo le macchie olfattive ha trovato che nei tenori, baritoni e soprani, nella pronuncia netta delle vocali, *A, E, O*, mentre nei contralti e nei bassi le macchie olfattive non si rivelano per nessuna vocale. Nella nasalizzazione ad arte, l'aria passa per il naso sempre, anzi con una progressione tanto maggiore per quelle vocali che nella pronuncia netta richiedono il sollevamento del velo (*o, u, i*);

2° Esperienze col paraboloide.

Raccogliendo le sinusoidali sopra il tamburo girante ha ricercato le variazioni che sulla voce cantata e parlata apporta la occlusione nasale (fig. 4).

a) Nella voce parlata:

1° facendo pronunciare le vocali staccate (2/5 di 1") non si rivelano differenze apprezzabili delle due linee sinusoidali ottenute per ciascuna vocale (a naso chiuso e aperto), fatto

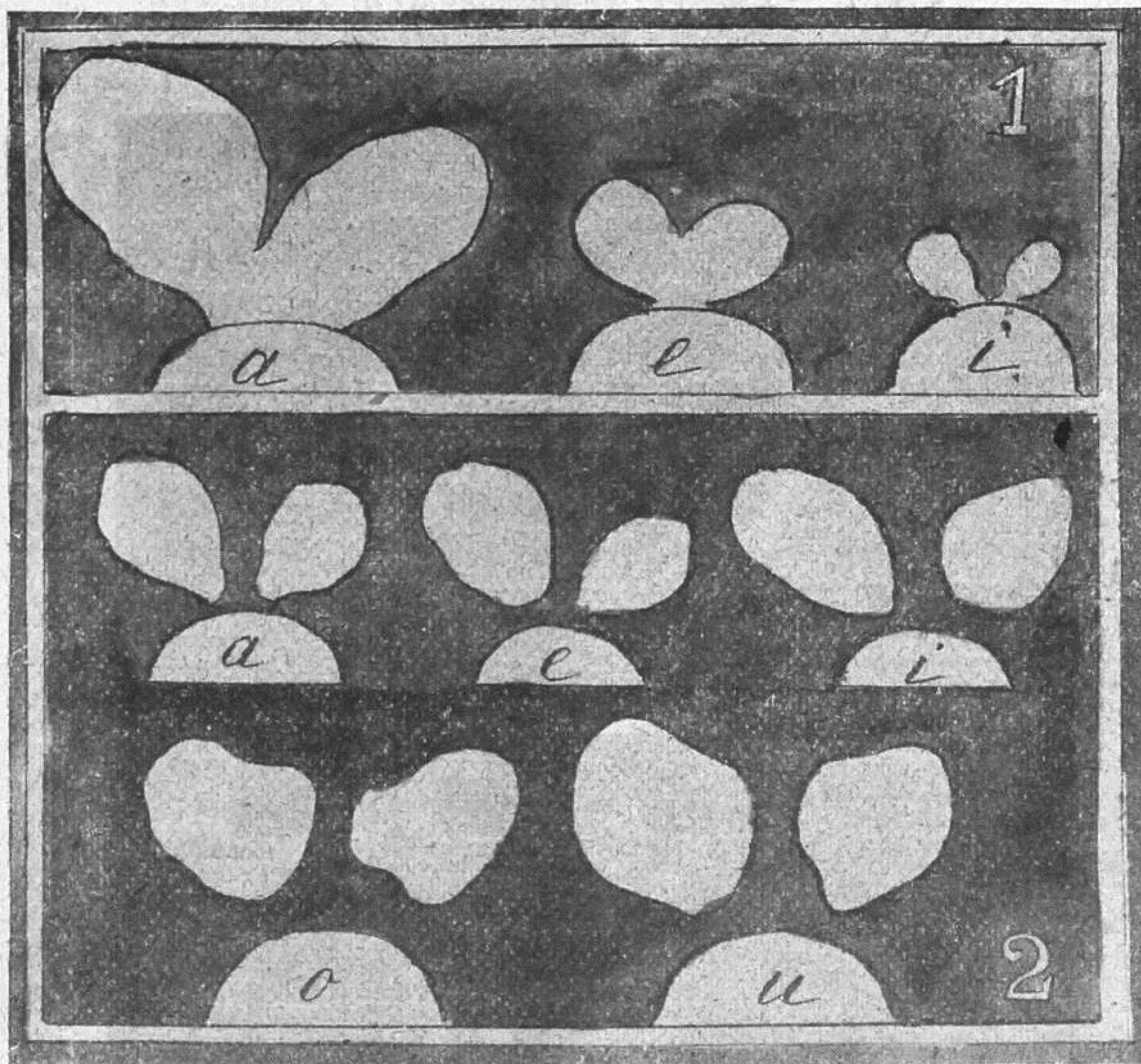


Fig. 3. — 1. Le macchie olfattive nella pronuncia delle vocali A, E, I nei tenori, nei baritoni, nei soprani.
2. Le macchie olfattive nella pronuncia nasalizzata delle vocali.

possono essere messi in rilievo, anche per le note basse — nella valorizzazione artistica della voce — è necessaria la perfetta risonanza che si spiega con la brevità del tempo di osservazione (fig. 5);

2° facendo pronunciare le vocali per la

durata di una espirazione: le due sinusoidali sono notevolmente diverse, quella presa a naso

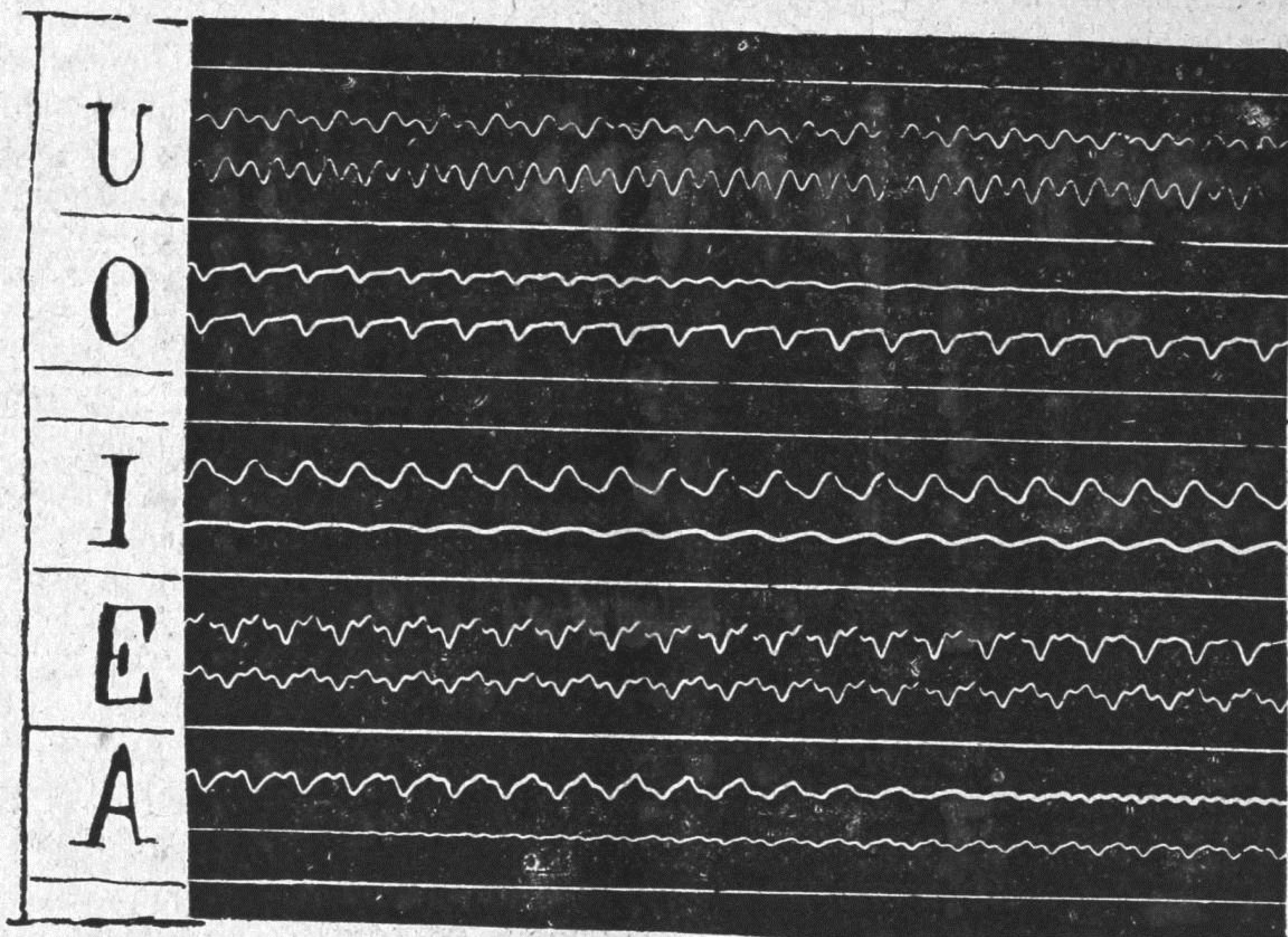


Fig. 4. — Esempio di sinusoidali di vocali.

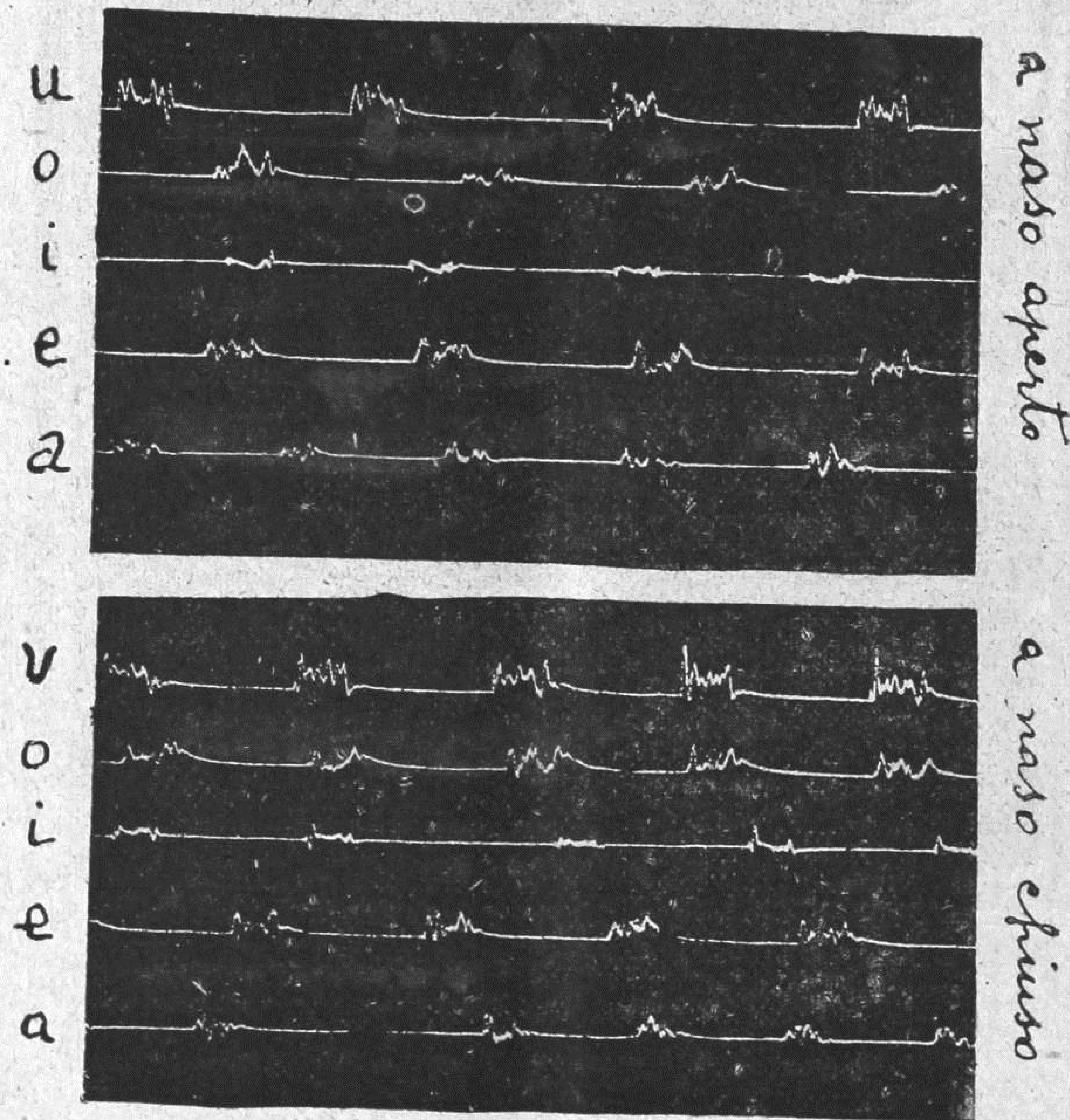


Fig. 5.

aperto presenta maggiore altezza delle oscillazioni e maggiore ampiezza delle curve.

L'A. ha potuto ancora constatare che la forma delle curve per una stessa vocale *non* è caratteristica per parecchi individui, come qualche autore vorrebbe, ritiene che tali variazioni

dipendano dalle fasi relative dei diversi armonici oltre che da tanti altri fattori (idioma, dialetto, condizioni individuali, ecc.)

b) Nel canto (fig. 6):

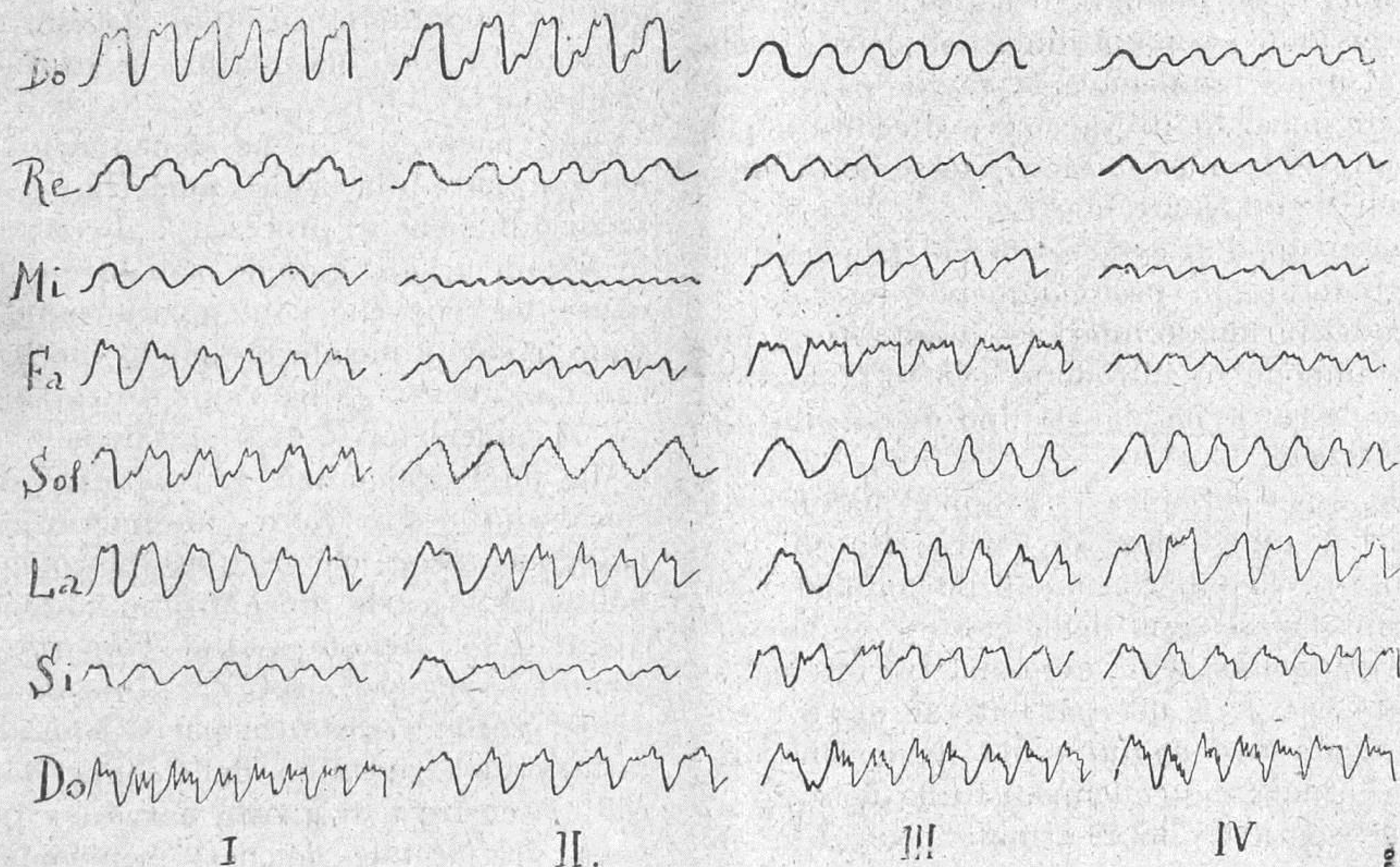


Fig. 6.

I, II. — Sinusoidali di note cantate a naso aperto.

III, IV. — Sinusoidali di note cantate a naso chiuso.

1° Ciascuna nota ha la sua sinusoidale caratteristica con leggere modificazioni secondo i vari registri e secondo i soggetti.

2° La forma della sinusoidale si modifica occludendo le narici, *specie* nelle *note basse*. (Ciò trova riscontro nella pratica in cui si nota che il timbro della voce del tenore e del soprano è migliore se il naso non è molto ampio, al contrario di ciò che avviene per il basso e per il baritono).

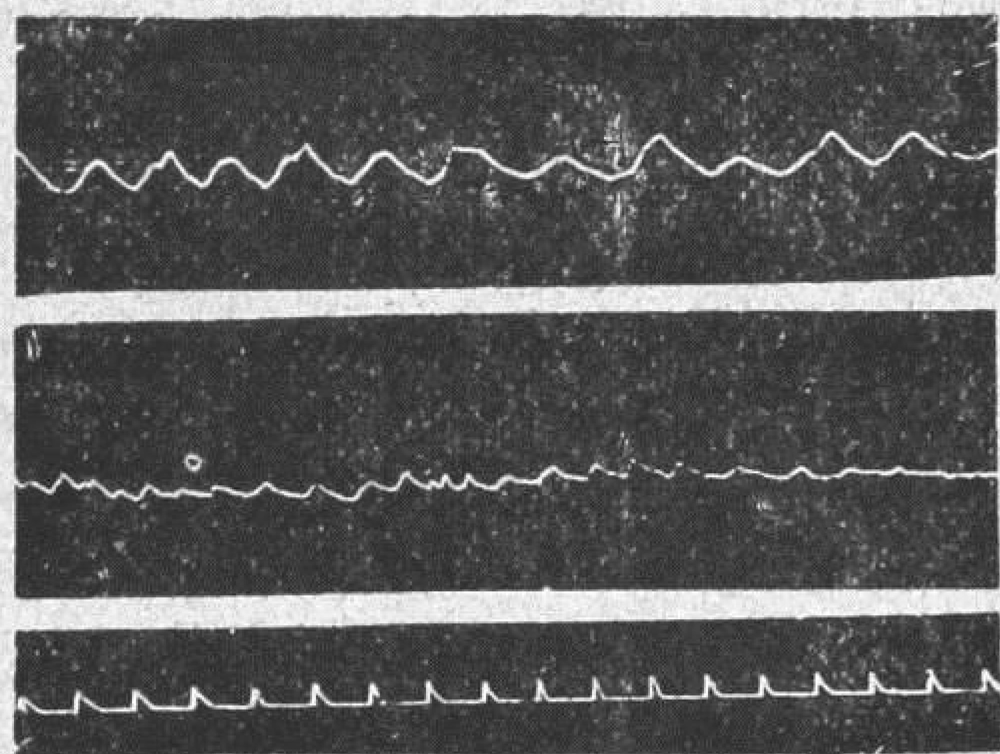


Fig. 7.

3° Le modificazioni della sinusoidale diventano marcatissime negli studenti di canto occludendo il naso, in confronto dei veri artisti, i quali sanno sostenere coi compensi una condizione imprevista o sfavorevole (fig. 7).

V. — LE CAVITÀ NASALI
E LA DIFESA DELLE VIE RESPIRATORIE.

Una prima difesa è rappresentata dalla sensibilità del I e del V paio che mettono sull'avviso se nell'aria sono mescolate sostanze eterogenee.

L'aria attraverso il naso si *riscalda* e se è troppo fredda provoca automaticamente (come ha sperimentalmente riprodotto) un ingrossamento dei turbinati equivalente ad un aumento della superficie riscaldante.

L'aria attraverso il naso si *umidifica* specialmente se calda e secca, fenomeno che ha sperimentalmente riprodotto.

Ha anche provato che, lanciando un getto di vapore d'acqua nelle cavità nasali, anzitutto si ha una iperemia attiva della mucosa nasale (per eliminare il prodotto glandolare), poi una stasi circolatoria (perchè le glandole non possono subito smaltire il loro prodotto) cui segue idrorrea sia come conseguenza della stasi, sia come scarico del materiale accumulatosi sotto pressione nelle glandole mucipare.

La funzione di difesa propriamente detta contro le polveri ed i germi è data:

1° dal filtro meccanico dei turbinati;

2° dal muco nasale, sia per azione meccanica, sia perchè da numerose esperienze risulta terreno sfavorevole allo sviluppo dei germi;

3° dal potere di difesa della mucosa che secondo alcuni autori non sarebbe permeabile ai germi mentre secondo altri sarebbe tanto

permeabile da basarvi i criteri della teoria sull'origine nasale della tubercolosi polmonare.

L'A. ha studiato l'assorbimento della mucosa nasale non con osservazioni su dati necroscopici degli animali, bensì nell'uomo stesso, ricercando le agglutinine nel siero di soggetti ai quali tamponava le cavità nasali con tamponi imbevuti di vaccini o di culture per verificare se la mucosa nasale fosse permeabile a questi germi vivi e morti.

In un gruppo di osservazioni il tampone non fu introdotto più profondamente dei 2/3 anteriori del turbinato inferiore, in un altro gruppo il tampone fu introdotto per tutta la lunghezza della cavità nasale fino quasi alla parete faringea.

Nelle esperienze del 1° gruppo, sia usando un vaccino di vibrioni di colera (Isonzo), sia con culture vive di vibrione di Metcnikoff esaltato con il passaggio della cultura di laboratorio attraverso degli animali, ripetutamente saggiato, il *siero* dei pazienti si mostrò costantemente *non agglutinante* il vibrione originario e non seguì alcun disturbo fisico.

Nelle esperienze del 2° gruppo in un caso per cultura si ebbe il fenomeno della agglutinazione e dei disturbi rappresentati da ripetute scariche alvine.

Sempre sullo stesso tema dell'assorbimento ha largamente saggiato l'eventuale assorbimento della tubercolina dalle vie nasali in ricoverati nel sanatorio, facendo precedere e seguire le applicazioni da esami rinoscopici e da speciali osservazioni termometriche.

Quando i tamponi non oltrepassavano i 2/3 anteriori del turbinato inferiore non si aveva nè reazione generale, nè locale; negli altri casi si aveva sempre una reazione locale (iperemia e talora formazione di una pseudomembrana); raramente reazione febbrile.

Questa *rino-reazione* su cui l'A. sta completando altre ricerche, potrà essere utilizzata come contributo diagnostico.

Dalle sue osservazioni l'A. conclude quindi che la mucosa nasale in condizioni normali è impervia ai germi, mentre rapido è l'assorbimento in corrispondenza del cavo naso-faringeo.

La difesa nasale è completata dall'azione dell'epitelio vibratile e dalla funzione fagocitica specie per le polveri.

Non ben chiaro è ancora un meccanismo di eliminazione di sostanze tossiche dalla mucosa nasale: a ciò però fa pensare il rapporto tra alcune infezioni e intossicazioni e una conseguente reazione della mucosa delle prime vie respiratorie.

VI. — LE CAVITÀ NASALI E I LORO RIFLESSI.

Tali casi, che da decenni occupano i rinologi, rappresentano più spesso anomalie di reazione da parte del soggetto che valgono meglio a raccogliersi in una casuistica clinica anzichè in una sistematica esposizone di fisiopatologia.

Gran parte di ciò che si denunciò come *riflesso* appare alla critica moderna: conseguenza di diffusione di processo, o diretta influenza di lesioni nasali, quando non furono dovute a cause tossiche che contemporaneamente ledevano le cavità nasali, o quando con lesioni nasali non avevano altro rapporto che di casualità, di coincidenza o di suggestione.

Ma pur stralciando tutti questi casi dalla ricchissima letteratura, innumerevoli ne rimangono ancora che ci attestano come le anormalità delle varie funzioni alle quali le cavità nasali sono preposte possono apportare, in individui predisposti, disordini funzionali ed organici anche a distanza per il tramite dell'olfattorio, del trigemino, delle connessioni tra la radice sensitiva di questo nervo e i nuclei del vago, del facciale, dei nervi oculomotori, oltre che per il tramite dei centri.

Condizioni speciali della mucosa nasale possono dar luogo a stimoli anormali i quali arriverebbero ai centri sotto forma di sensazioni disordinate per intensità e qualità e quindi in grado di dare una reazione non più contenuta nei limiti normali, ed esplicabile sulle varie funzioni organiche.

LEZIONI.

Tubercolosi e gravidanza.

Lezione tenuta da T. KEHRER (*Münch. Med Wochenscr.*, n. 37, 1921).

Non si conoscono bene le cause, per cui la tubercolosi tanto spesso si esacerba e si estende nel corso di una gravidanza. Lo stato gravidico forse accresce in qualche modo fortemente la virulenza del bacillo di Koch, oppure esso priva l'organismo delle necessarie forze reattive.

La prima ipotesi è accettata dagli autori, i quali attribuiscono il progresso del male alla forte moltiplicazione dei bacilli che avverrebbe in seguito all'alterazione chimica subita dal sangue durante la gravidanza; e in special modo in seguito all'accumulo dei lipoidi, sostanze che per la massima parte costituiscono il bacillo di Koch.

Più fautori ha la seconda ipotesi. Alcuni

pensano che il feto negli ultimi mesi di gravidanza copra il suo fabbisogno in calce estraendola dai focolai polmonari calcificati; ciò che provoca naturalmente una riattivazione della tubercolosi.

Grande importanza hanno probabilmente pure l'aumentato consumo di proteidi, di idrati di carbonio e di grassi, in special modo però il rammollimento del connettivo, che non si limita ai soli organi del bacino, ma si estende a tutto l'organismo e viene probabilmente provocato da un ormone di origine ovarica; se il rammollimento si estende al connettivo che incapsula dei focolai tubercolari, avviene naturalmente una reinfezione. Senza voler accogliere l'una o l'altra di queste ipotesi che tentano di chiarire i misteri chimico-biologici di cui è sede l'organismo gravido, si deve ammettere che gravidanza, parto e purperio vengono male sopportati da un organismo non robusto, che perciò viene ad essere sensibilmente minorato nelle sue forze reattive.

Praticamente importanti sono due questioni:

1° In quali casi si può e si deve interrompere la gravidanza nelle tubercolose?

2° Come si deve eseguire l'interruzione della gravidanza?

Per rispondere alla 1ª questione è necessario sapere che: *a*) nell'80 % dei casi di tubercolosi latente o guarita non subentra alcun peggioramento in seguito a gravidanza, parto e puerperio. Nel 10 % dei casi il processo tubercolare si riattiva durante la gravidanza e nel 10 % durante il puerperio; tale possibilità impone al medico una continua sorveglianza delle gravide già tubercolose, di cui tenterà di rinforzare l'organismo il più possibile; *b*) i casi di tubercolosi resasi manifesta durante la gravidanza si devono giudicare a seconda dello stadio del male: tubercolosi nel 1° stadio possono rimanere stazionarie, esiste però sempre il pericolo di un peggioramento. La responsabilità del medico è perciò grande, e soltanto se le ammalate si trovano in buone condizioni sociali ed igieniche e sotto continuo controllo medico potrà consigliare un proseguimento della gravidanza. È necessario pure ricordare, che le primigravide e le donne con gravidanze frequenti sono specialmente in pericolo, e che i periodi critici sono rappresentati dal 2° e 3° mese di gravidanza.

Nel 2° stadio della tubercolosi la gravidanza è sempre una complicazione seria. Il peggioramento avviene nell'80 % delle gravide; nel puerperio il pericolo è anche maggiore.

L'interruzione della gravidanza è assolutamente indicata; in seguito a tale intervento il processo polmonare migliora nell'80 %-90 % dei casi.

Come si deve eseguire l'interruzione della gravidanza?

Per le tubercolose nel 1° stadio il miglior metodo è lo svuotamento dell'utero per via vaginale dopo dilatato il collo con laminaria se nei primi mesi, col pallone se tra il 4° e il 6° mese.

Non è necessaria la sterilizzazione tubarica, perchè la tubercolosi nel 1° stadio spesso guarisce.

Nel 2° stadio il metodo migliore è l'isterectomia ed anessectomia addominale in anestesia sacrale (nelle gravide tubercolose si devono evitare le narcosi per inalazione e l'anestesia lombare).

Nel 3° stadio gli interventi sono inefficaci e potranno tutto al più prolungare un po' la vita. Egualmente inefficace è il ricovero nei sanatori, utilissimo nel 1° e nel 2° stadio.

POLLITZER.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sull' influenza reciproca di malattie interne.

(S. LÖWY. *Med. Klinik*, n. 40 e 41, 1921).

Due diverse malattie che contemporaneamente colpiscono l'organismo, possono alterare il reciproco decorso; perchè le modificazioni chimiche e biologiche cellulari od umorali indotte dall'una delle malattie possono accrescere o diminuire la resistenza dell'organismo all'altra.

I. *Diabete mellito ed altre malattie.* — 1° Un diabete latente può divenire manifesto in seguito ad infezioni o intossicazioni; è dubbio se esso possa venire provocato da tali cause. Sono descritti dei casi di diabete transitorio comparso in seguito a vaccinazioni antivaiolose, antitifiche, ad erisipela, ecc. In organismi predisposti al diabete l'immissione parenterale (infezione o vaccinazione) di proteidi, turba probabilmente l'equilibrio labile esistente; un danneggiamento anche lieve delle cellule è sufficente a produrre i sintomi diabetici, od a rendere manifesto un diabete latente.

2° Un diabete già manifesto può venire molto aggravato da tutte quelle affezioni che si accompagnano ad ipertermia: questa produce probabilmente in vivo una decomposizione di proteidi contenenti catene collaterali di idrati di carbonio riducenti (riscaldando in

vitro del siero diabetico a temperature febbrili vi ha luogo un aumento dello zucchero).

3° Un diabete può rimanere inalterato (è riferito un caso di diabete e leucemia), oppure può migliorare e guarire per la presenza contemporanea di altre affezioni. Sono descritti dei casi di diabete guarito in seguito all'insorgere dell'infezione tubercolare (unica malattia febbrile che non aggrava come le altre il diabete) e in seguito all'atrofia granulare dei reni.

II. *Malattie del sangue ed altre malattie.* — 1° *Leucemia.* In seguito a fattori costituzionali sconosciuti, in alcuni organismi il midollo osseo reagisce a stimoli tossici od infettivi con una leucemia transitoria. Il sistema ematopoietico appartiene a quegli organi che reagiscono a lievi stimoli con un'iperfunzione; iperfunzione che può stabilizzarsi e manifestarsi in quadro morboso (numerosi casi di leucemia insorta dopo malattie infettive). Il quadro ematologico della leucemia cronica, mieloide e linfatica si altera durante il decorso di altra malattia: si osserva leucocitosi neutrofila durante la polmonite cruposa, la tubercolosi miliare, la sepsi, l'erisipela; ciò non produce però un miglioramento, bensì un peggioramento dello stato generale.

2° *Anemia perniciosa*: preesistendo una debolezza costituzionale, le malattie infettive ed altri fattori possono determinare un'alterazione transitoria (anemia perniciosa in seguito a lues, a gravidanza), oppure permanente dell'eritropoiesi (anemie aplastiche in seguito a tubercolosi). L'anemia perniciosa può assumere un decorso acutissimo, mortale, se complicata da altre malattie (riferito un tale caso, in seguito a dissenteria); come può perdere i suoi caratteri (riferito un caso di anemia perniciosa, trasformatasi in anemia secondaria in seguito a carcinoma gastrico).

III. *Carcinoma.* — Sembra che l'organismo predisposto od affetto da carcinoma sia singolarmente refrattario alle malattie infettive (Schmidt afferma che il 74 % dei suoi malati di carcinoma gastrico non avevano sofferto le comuni malattie infettive infantili). Sono descritti dei casi di tumori regrediti in seguito a malattie infettive (erisipela, malaria).

IV. *Malattie che rendono latente oppure attiva un'altra malattia.* — Microrganismi patogeni penetrati nei tessuti possono per lungo tempo condurre una vita parassitaria latente fino a che una qualche causa (trauma, vaccinazione, malattia infettiva) ne determini il risveglio (risveglio della tubercolosi in seguito a morbillo o a pertosse). Le stesse cause possono determinare delle reazioni di focolai apparentemente specifiche (la vaccinazione antitifica provoca talvolta nei tubercolosi delle « reazioni di focolaio » simili a quelle causate dalla tubercolina). Altre volte una malattia viene arrestata dalla presenza di un'altra: essa passa allo stato latente o guarisce del tutto (psoriasi in seguito a morbillo; è riferito un caso di sifilide guarita in seguito a scarlattina).

V. *Combinazione della grippe con altra malattia.* — Varie e contradditorie sono le opinioni intorno all'influenza esercitata dalla grippe sul decorso della tubercolosi; secondo alcuni essa aggraverebbe esclusivamente le forme avanzate, secondo altri esclusivamente quelle iniziali e latenti di tubercolosi. La grippe associata a difterite assume decorso benigno in seguito all'azione aspecifica del siero iniettato; è gravissima se si associa a preesistenti affezioni laringee. Secondo molti autori la grippe decorrerebbe benignamente nei sifilitici e a sua volta influenzerebbe favorevolmente il decorso della lue (la Wassermann diventa negativa, scompaiono alcune manifestazioni luetiche).

POLLITZER.

L' " erpes zoster „ quale sintoma di processi morbosi con decorso latente a carico di organi interni.

(ALFRED ARNSTEIN. *Wiener Kl. Wochenschr.*, 1921, n. 2).

L'A. ebbe campo di osservare e riporta le storie cliniche di sette pazienti, i quali sembravano affetti da *erpes zoster* idiopatico primario, e mostrarono invece a un esame obiettivo accurato l'esistenza di processi morbosi a carico di organi interni, i quali mai avevano dato sintomi avvertibili soggettivamente. L'erpes si era sviluppato sempre nella zona di Head corrispondente all'organo malato. In un caso, in cui l'alterazione morbosa era a carico del fegato, l'erpes si svolse nel territorio innervato dal IX nervo dorsale destro, negli altri 6 casi, che obiettivamente presentavano alterazioni polmonari, l'erpes si estendeva (a seconda del lobo che era attaccato) nel territorio del III-IV nervo cervicale e IV-V-VI dorsale.

Basandosi su queste osservazioni l'A. crede di poter ammettere un nesso causale tra affezione interna ed espulsione cutanea e concludere che l'*erpes zoster* si presenta con relativa frequenza quale unico sintomo soggettivo di affezioni interne. Consiglia quindi di fare nei

casi di erpes un esame obiettivo dirigente con speciale riguardo agli organi corrispondenti alla zona di Head su cui si estende l'eruzione. Fa però notare che nella grandissima maggioranza dei casi di erpes esaminati non riuscì a mettere in evidenza nessuna alterazione patologica a carico di organi interni, (non furono presi in considerazione i casi di malattie che notoriamente possono dare erpes quale fenomeno secondario (diabete, uremia, gotta, polmonite, meningite, influenza, intossicazione da As).

Per quanto riguada la patogenesi l'A. accetta la spiegazione data da Head e Campbell: il processo morboso dell'organo interno induce con uno stimolo conseguente a un riflesso viscerosensibile un *locus minoris resistentiae* nel ganglio intervertebrale corrispondente e lo rende facilmente recettivo alle cause tossico-infettive capaci di produrre l'erpes. Il ganglio intervertebrale subisce un processo d'infiammazione che talvolta si estende fino alla sostanza grigia (corna posteriori del midollo spinale. (Schlesinger).

barz.

CHIRURGIA.

Il trattamento chirurgico della colelitiasi.

(R. WARREN. *Practitioner*, agosto 1920).

Da un punto di vista pratico, l'interesse principale dell'argomento è localizzato alla cistifellea. È ovvio che lo scopo dovrebbe essere d'impedire che in questa si formino o si riformino calcoli, e, poichè i mezzi medicamentosi si sono dimostrati insufficienti allo scopo, i tentativi chirurgici devono essere attuati, non appena la diagnosi è sufficientemente chiara.

E i metodi che il chirurgo ha a sua disposizione sono essenzialmente due: la rimozione dei calcoli dalla cistifellea e il drenaggio di questa (colecistostomia); la rimozione della cistifellea coi suoi calcoli (colecistectomia). Altre operazioni — asportazione di colcoli dal coledoco e dai dotti biliari, colecistoenterostomia, formazione di un nuovo coledoco — sono piuttosto dirette ai postumi che alla malattia primitiva.

È scopo di questo articolo di controllare i risultati ultimi di quelle due operazioni, ponendole a confronto fra loro, servendosi dei casi avuti in cura dall'A. al London Hospital dal 1910 al 1916.

Si tratta di 76 casi: in 39 fu eseguita l'escissione, in 37 la colecistostomia. La mortalità primitiva fu del 5% nell'uno e nell'altro gruppo (per ambedue l'età media dei pazienti fu di 48 anni). Il confronto fra i due gruppi sotto questo primo punto di vista deve però tener conto del fatto che nei casi in cui fu eseguito il solo drenaggio vi erano spesso (10 su 37 casi) complicazioni, e fu anzi per queste, che fu eseguito quel metodo di cura.

Passando ai risultati ultimi, dei 72 casi sopravvissuti, 30 furono rintracciati, e, di questi, 20 erano colecistectomie, 10 colecistostomie: fatto che può essere una semplice coincidenza, ma che parla già in favore della prima operazione. Ma, precisando meglio, si trova che i risultati dell'escissione furono buonissimi in 16 casi (guarigione completa) e buoni (ripresa delle occupazioni ordinarie ma talora dispepsia e dolore) in 4 casi, mentre quelli del drenaggio furono rispettivamente 4 e 1. Quindi una decisa preponderanza in favore dell'escissione.

Una conseguenza indiretta di qualche importanza è l'insorgenza di un'ernia laparotomica dopo queste operazioni, tanto più facile data l'età e l'obesità di molti di questi pazienti. Ora delle 20 colecistectomie una presentava una grossa ernia ventrale ed una una piccola sporgenza; delle dieci colecistostomie 2 avevano grosse ernie ventrali.

Concludendo: i risultati dell'escissione sono assai migliori che quelli della rimozione di pietre e drenaggio, sebbene questi ultimi non possano dirsi affatto cattivi; mentre non vi sono segni che la rimozione della cistifellea provochi disturbo.

D'altra parte, si deve cercare d'intervenire quando la malattia è ancora limitata alla cistifellea e prima che intervengano, a rendere difficile o impossibile l'escissione, delle complicazioni, come sclerosi e indurimento cartilagineo della vescichetta, aderenze compatte, calcoli nel coledoco e nell'epatico, colangite, pancreatite, ascessi, fistole, ecc. Sebbene molte di queste possano essere trattate chirurgicamente e spesso con eccellenti risultati, esse aumentano il danno del fegato per sepsi e per retropressione, accrescono il pericolo operatorio e possono generalmente essere prevenute con una diagnosi e un trattamento precoce della calcolosi.

Posto dunque che la colecistectomia è il trattamento di elezione quali ne sono le controindicazioni? quando ad essa dobbiamo sostituire la colecistostomia? Dobbiamo tener presenti tre gruppi di circostanze:

1) *Età.* — Per sè ha poca importanza purchè le condizioni generali del paziente siano discrete. In 6 dei casi dell'A. in cui fu eseguita la colecistectomia l'età era sopra ai 60 anni e in 1 sopra i 70.

2) *Condizioni del paziente.* — Un gran numero di questi soggetti sono obesi e quindi mal predisposti all'anestesia. Nella maggior parte dei casi è difficile dire prima che l'addome sia aperto quali difficoltà si incontreranno, così che col progredire dell'operazione il piano ne può essere cambiato, limitandosi a un intervento più semplice e quindi più sicuro. Lo stato del paziente può anche essere depresso dalla gravità dell'infezione nella colecistite acuta, sebbene delle cistifellee infiammate sono abbastanza facili a rimuoversi, e l'eventuale maggiore difficoltà e gravezza dell'intervento sono ampiamente compensate dalla rimozione di un grosso focolaio settico.

3) *Condizioni della cistifellea e dei dotti biliari.* — È il gruppo più importante e variato di controindicazione. Può esservi intorno alla vescichetta un tessuto fibroso, risultato di passata infiammazione, tale da rendere praticamente impossibile la rimozione dell'organo; e le retrazioni di questo tessuto possono avere disturbato i rapporti al punto da non far riconoscere la topografia e esporre l'operatore al rischio di ledere uno degli importanti organi circostanti. In altri casi si trova una raccolta di calcoli in una cavità la cui natura è incerta (cistifellea deformata o cavo ascessuale a pareti spesse?): è bene allora, dopo qualche tentativo, di non insistere troppo e limitarsi alla rimozione dei calcoli e al drenaggio. In un altro gruppo di casi si tratta di un blocco dei dotti biliari basso, come calcolo del coledoco o ostruzione di questo per pancreatite cronica: è spesso allora buona pratica conservare la cistifellea e servirsene come un passaggio per drenare le vie biliari, fino a che risulti chiaro che il blocco del coledoco è vinto.

In breve, l'A. consiglia di conservare la cistifellea quando le difficoltà della sua rimozione sono così grandi da rendere l'operazione pericolosa, ovvero quando essa può essere vantaggiosamente impiegata per il drenaggio delle vie biliari. Concludendo, ancora una volta si impone, come per l'appendice, la rimozione precoce della colecisti malata.

Considerando da ultimo la diagnosi precoce di calcoli biliari, il punto più importante da tener presente è che questi sono una causa assai frequente di dispepsia, specialmente nelle donne di media età, di costituzione obesa. In tali soggetti la presenza di dolore o di malessere dopo i pasti, associati a nausea, e talvolta a vomito, che non fa scomparire il dolore, con flatulenza spesso fastidiosa di notte e che determina un grande malessere nel petto con senso di soffocazione, devono far sospettare la calcolosi. I due segni classici, la colica e l'ittero, spesso mancano per un lungo periodo; e il primo segno di gravezza può essere un attacco di colecistite acuta con peritonite locale. Un netto dolore alla palpazione della cistifellea o la percezione di questa ingrossata, renderanno la diagnosi positiva; ma ripetuti esami possono essere necessari prima che questi segni siano svelati nei casi più quiescenti di colelitiasi. Una accurata osservazione deve essere quindi mantenuta su questi soggetti, che spesso si suppongono sofferenti di dispepsia flatulente o nervosa, o di qualche forma oscura di attacchi cardiaci, se forse la cause reale non risieda in calcoli biliari; e se si trova una ragionevole evidenza di questi, l'operazione deve essere consigliata, prima che seguano delle complicazioni capaci di rendere l'intervento più difficile, la convalescenza più prolungata.

SEBASTIANI.

TECNICA MEDICA

Errori nella determinazione dello zucchero col metodo della fermentazione.

(C. LAUGE. *Berl. klin. Wochenschr.*, n. 33, 1921).

Sono in uso 3 metodi per la determinazione dello zucchero nell'urina: la polarizzazione, la riduzione e la fermentazione. I due primi metodi dànno un risultato percentuale inesatto ed espongono a numerose cause di errori; il metodo della fermentazione è, secondo tutti, il più esatto e fidato. Però anche tale metodo espone ad una causa notevole di errori: la falsa formazione di gas, per cui nel corso della fermentazione si può sviluppare una notevole quantità di gas da urina priva di zucchero. L'A. ha potuto dimostrare che tale «falsa formazione di gas» dipende in gran parte da quello che egli ha chiamato l'errore dei nitriti, in piccola parte dall'«errore dei carbonati».

È facile distinguere la falsa formazione di gas dovuta all'«errore dei nitriti» da quella dovuta alla fermentazione dello zucchero; nel primo caso il gas è composto da azoto anzichè da acido carbonico (il gas non scompare in seguito all'aggiunta di Na OH). L'azoto si forma in seguito all'azione dell'acido nitroso sull'urea. I nitrati contenuti nell'orina vengono ridotti a nitriti in seguito all'azione di numerosi microrganismi che inquinano l'urina e possono anche essere contenuti nel lievito di birra; in seguito all'azione di questi germi l'acidità dell'urina può a poco a poco (durante la permanenza in termostato necessa-

ria alla prova della fermentazione) aumentare tanto da liberare dai nitriti l'acido nitroso; che agendo sull'urea, dà luogo alla formazione dell'azoto. Oltre che dall'urea l'acido nitroso può sviluppare dell'azoto anche dall'ammoniaca e dagli aminoacidi; la formazione di gas da questi ultimi è molto più precoce che non quella dall'urea; ciò è importante perchè dimostra che non è sempre esatta l'affermazione di Sahli, che la falsa formazione di gas è molto più tardiva di quella dovuta alla fermentazione.

L'errore dei carbonati consiste nello sviluppo di acido carbonico dai carbonati dell'urina; condizione indispensabile è l'aumento di acidità in seguito all'azione batterica.

Per eliminare in parte gli errori descritti si deve usare dell'urina estratta sterilmente, sterilizzarla con la bollitura e precipitare i carbonati col cloruro di calcio; in tal modo si eliminano gli inquinamenti dell'urina che potrebbero provocare la formazione di nitriti; e si esclude «l'errore dei carbonati».

Si dovrebbe usare per la fermentazione del lievito di birra in cultura pura. Ciò è molto difficile e l'A. propone di usare invece del lievito, una cultura pura di coli (anche per tali culture, però, la capacità di fermentare lo zucchero varia molto a seconda dell'età delle colture, della frequenza dei trapianti, della scelta del terreno colturale).

In generale la determinazione dello zucchero nell'urina, anche usando il metodo della fermentazione, è poco esatta e non può avere che un valore di orientamento. Vero valore ha solamente la determinazione dello zucchero nel sangue.

POLLITZER.

Micro-metodo per dosare lo zucchero nel sangue.

Data l'importanza che ormai ha assunto in clinica la determinazione dello zucchero nel sangue, rispetto alla determinazione nell'urina, riteniamo utile di riportare questo metodo, descritto da S. H. Reist in *Schweiz. Med. Wochenschr.*, n. 18, 1921, e rif. in *La Presse médicale*, n. 64.

Si preleva dal polpastrello 0,1 cmc. di sangue, che si mescola con 3 cmc. di alcool assoluto, agitando energicamente per far passare nell'alcool tutto il glucosio contenuto nel coagulo. Dopo 1/2 ora si filtra in un tubo di 15 mm. di diametro. lavando due volte con altri 2 cmc. di alcool per volta il primo tubo e il filtro. Si ha così in soluzione alcoolica tutto il glucosio contenuto nel sangue prelevato. Dopo l'evaporazione a bagnomaria lo zucchero, appena visibile sulle pareti del tubo, si dosa col metodo di Sahli-Powy modificato: si versano con una pipetta 0,3 cmc. della soluzione 1ª di Powy (solfato di rame puro cristallizzato 4,158 gr.; acqua dist. q. b. per 500 cmc.) e 0,3 cmc. della soluzione II (sale di Seignette 20,4 gr.; potassa caustica 25 gr.; ammoniaca 300 gr.; acqua dist. q. b. per 500 cmc.); si aggiungono 1,8 cmc. d'acqua dist. e si mescola, ottenendo così un liquido azzurro, di cui sarà facile riconoscere la mescolazione, contro uno schermo bianco di filo d'amianto che si terrà a contatto col tubo, durante il riscaldamento prudente fino all'ebollizione lieve, ebollizione che va mantenuta durante il dosaggio.

Per ridurre il liquido cuprico adoperato, sono necessari 0,0003 gradi glucosio. Non sorpassando la glicemia normale l'1 ‰, il glucosio del sangue non basta a ridurre il liquido; tranne dei casi eccezionali di fortissima iperglicemia, è perciò necessario completare la riduzione con l'aggiunta di una determinata soluzione di glucosio (0,25 gr. di glucosio anidro, puro e disseccato a 100°, sciolto in 250 cmc. d'acqua distillata; il titolo medio della soluzione si determina con una serie di titolazioni col liquido di Powy). Questa soluzione va versata goccia a goccia nel tubo fino ad ottenere la decolorazione del liquido bollente.

Sottraendo alla quantità di glucosio (0,0003) che corrisponde ai 0,6 cmc. di liquido cuprico adoperato, la quantità di glucosio contenuta nella soluzione glucosica titolata aggiunta, si conoscerà la quantità di glucosio contenuta in 0,1 cmc. di sangue.

POLLITZER.

RARIORA ARTIS

Bronco-anaeromycosi.

(CASTELLANI, DOUGLAS e THOMSON. *The Journal of tropical med. and hygiene*, giugno 1921).

Col termine di bronco-anaeromycosi si denota una condizione bronco-alveolare, spesso simulante la tubercolosi, nella quale all'esame microscopico-culturale si trova l'*Anaeromyces bronchitica.*

Il Castellani, che ha fatto importanti studii sulle micosi e sulle spirochetosi dell'apparato respiratorio ha dato, insieme al Douglas ed al Thomson (1921), il nome generico di *Anaeromyces* a un gruppo di funghi bacillari i quali sono stati trovati in alcuni casi di bronchite e mostrano caratteri intermedii di transizione fra batterii del genere *Mycobacterium* (*B. diphteriae*) e funghi del genere *Nocerdia*

(*Actinomices, Discomices, Streptotrix*, ecc.). Questo organismo infatti è simile ad un bacillo e rassomiglia nella sua forma ad un bacillo difteroide; esso (1) è un anaerobio obbligato, non è mobile, non è acido-resistente, è gram-positivo; esso misura da 3 μ a 5 μ in lunghezza e 0,3 μ in larghezza.

L'*Anaeromyces bronchitica* è stata isolata da un grande numero di casi di bronchite i quali possono essere classificati in due gruppi:

1) Tipo emorragico;
2) Tipo muco-purulento.

I casi del tipo emorragico rassomigliano strettamente alla tubercolosi pulmonare; vi può essere febbre remittente o intermittente. L'infermo diventa anemico e dimagrito; l'espettorazione contiene sangue ed alle volte è di un vero caratteristico rosso-mattone. Le condizioni fisiche del torace possono essere alle volte quasi completamente negative, ma altre volte possono mostrare i segni che guidano alla tubercolosi, come zone di ottusità e crepitazioni.

Nel tipo muco-purulento i sintomi notati non differiscono da quelli di un ordinario caso di bronchite subacuta e cronica. Lo sputo è muco-purulento e talvolta francamente purulento; vi può essere febbre leggera, ma in genere le condizioni generali dell'infermo non sono colpite per lungo tempo. In alcuni casi il tipo muco-purulento, dopo un variabile periodo di tempo, può trasformarsi in tipo emorragico.

Castellani, Douglas e Thomson si domandano se l'*Anaeromyces* sia patogeno per l'uomo e se realmente sia la causa specifica della bronchite emorragica. I pochi esperimenti eseguiti sugli animali e principalmente sulle cavie hanno finora mostrato che, in questi animali, non si determinano lesioni veramente gravi; ma d'altro canto i seguenti fatti sono in rapporto alla patogeneità dell'*Anaeromyces*: 1) l'*Anaeromyces* presenta nello sputo rapidamente decresce in quantità e scompare col miglioramento delle condizioni bronchiali; 2) in un numero di casi l'espettorazione emorragica rapidamente cessa e tutti gli altri sintomi scompaiono in seguito all'uso di un *vaccino-anaeromyces* senza altro trattamento.

Gli AA., in base a queste osservazioni, ritengono che l'*Anaeromyces* ha qualche importanza nell'etiologia di certi casi di bronchite emorragica.

c. b.

(1) Per le caratteristiche morfologiche e biologiche del germe vedere il testo originale sopra indicato, il quale è illustrato da nitide figure.

Sulla streptotricosi polmonare.

(H. LENHARTZ. *Deutsch. Arch. für Klin. Med.*, n. 3, 1921).

Streptotricosi si chiamano tutte le affezioni causate da funghi ramificati; gli agenti patogeni possono crescere tanto in condizioni aerobie quanto in condizioni anaerobie. L'agente dell'actinomicosi è lo «streptotrix actinomyces», appartiene quindi alla specie delle streptotricee; la diagnosi di actinomicosi va fatta soltanto se si rinvengono nel pus delle formazioni tipiche, formazioni che rappresentando esse prodotti di degenerazione, mancano in un primo tempo nel quale è perciò impossibile la diagnosi differenziale con le streptotricosi.

I casi di streptotricosi del polmone possono presentare i segni clinici di una tubercolosi oppure quelli di una polmonite acuta o subacuta. La prognosi è seria, non però assolutamente infausta. L'A. riferisce su un caso di streptotricosi polmonare in cui la diagnosi fu difficile per l'inizio improvviso con infiltrazione acuta di un lobo inferiore e sputi rugginosi; però il decorso non era quello tipico della polmonite cruposa. Vari fenomeni, in special modo il mancato sfebbramento e la mancata risoluzione, fecero sospettare la tubercolosi. La febbre continua sui 39° durante le prime 8 settimane divenne poi intermittente. Parlavano contro la tubercolosi la localizzazione del processo al lobo inferiore e l'assenza di bacilli dall'espettorato, confermata da molti e minuziosi esami. Dopo numerose punture a vuoto si riuscì finalmente ad aspirare dalla pleura del pus che non conteneva granuli macroscopicamente visibili ed al microscopio mostrò dei funghi filiformi ramificati. La coltura riuscì soltanto sui terreni anaerobi. Non riuscì la coltura dallo sputo nonostante l'esame microscopico vi avesse mostrata la presenza di formazioni filiformi gram-positive.

POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI

E. CENTANNI. *Trattato di immunologia.* Società editrice libraria. Milano, 1921. Prezzo Lire 25.

Chi aprirà il libro del Centanni con la speranza di trovare una esposizione sistematica, ricca di minuzie e di procedimenti tecnici, quali noi siamo abituati di leggere in un « Trattato », avrà una rapida delusione: il libro, nella intenzione stessa dell'autore, non suole essere un archivio, esso vuole essere un suscitatore di energie ».

L'architettura, nelle sue linee generali, l'orditura e l'esposizione della materia, quali la mente dell'A. ha disegnato ed offre ai lettori, fanno del capitolo dell'immunità una organica costruzione, la cui visione d'assieme e dei dettagli attira ed incatena lo spirito del lettore.

L'A. affronta il difficile problema dalle sue basi fisiologiche con capitoli, densi di fatti e di suggestive spiegazioni teoretiche, quali sono sulla fissazione elettiva, sui fermenti ed attivatori, sulla digestione parenterale, sulla funzione leucocitaria.

Tre fondamentali capitoli sono dedicati alle forme della immunità; ma ad essi precedono nozioni esplicative sulla natura, sull'origine, sulle proprietà delle tossine vere, sulle endotossine, sulle ptomaine, sulla funzione aggressinica.

La sieroterapia o *immunità antigena*, la *proteinoterapia* o *immunità stomogene*, la *immunità istogene* sono i tre capitoli nodali che servono a dare un chiaro concetto del come l'A. intenda di riconoscere il campo immenso dell'immunità ridotto alle sue forme fondamentali. La conoscenza della bacteriologia, la perfetta penetrazione del concetto di Ehrlich e delle medesime concezioni chimiche e chiaro-fisiche conferiscono all'A., che ha mentalità magnificamente sintetica, la possibilità di svolgere con forma magistrale la difficile materia. Chiude il volume un capitolo sulle applicazioni terapeutiche dell'immunità.

È difficile in breve cenno riassumere: sia lecito dire solo che il lettore si troverà dinanzi a fatti e teorie, già note e da tempo, si troverà dinanzi a fatti e teorie nuove, o almeno mai finora raccolte in un volume, che porti il nome di « Trattato ». Le note teorie dell'immunità però trovano nel Centanni un abile selezionatore ed un espositore moderno e talora geniale: egli porta l'elemento fermentativo all'importanza che nel moderno concetto dell'immunità deve avere, in una esposizione facile e chiara usa di tutti i mezzi figurativi e dimostrativi didattici, utili per rendere lucido e chiaro ed accessibile anche ai non iniziati.

Ma quello che renderà più ricercato il libro è l'esposizione, sotto forma di dottrina concreta, della eteroproteinoterapia, secondo la dizione introdotta dall'A. stesso; questa *terza immunità* che spodesta in piccola parte il vecchio concetto dell'immunità antigene specifica, e minaccia il concetto di specificità in alcune reazioni umorali, spiega certo fatti, che finora non erano chiari, nel corso dei tentativi di cura delle malattie da infezione.

Nel libro però a base della dottrina stemoterapica troppo affidamento è fatto sulle statistiche mediche, finora pubblicate; stando alle cifre dei resultati riportati, si può dire quasi che il successo è la regola, l'insuccesso, l'eccezione! Questo fondamento per una dottrina è fondamento ancora fragile.

Noi ricordiamo come nella storia troppo recente della medicina a proposito di mezzi di cura, esistano statistiche laudative e purtroppo concordi che dopo un *quarto d'ora storico*, sono state smentite da una più serena e prolungata considerazione dei fatti, pur lasciando nel patrimonio della medicina curativa e diagnostica elementi preziosi. Noi pensiamo che tutto l'edificio dal Centanni costruito sulla immunità aspecifica abbia un nucleo fondamentale di verità e la personale esperienza ci obbliga a consentire con molte induzioni e deduzioni dell'A.; ma con eguale fermezza riteniamo che siamo ben lontani dall'aver trovato o di essere in possesso di un metodo facile e sicuro per *produrre il miracolo nella cura delle malattie da infezioni.*

Il libro del Centanni sarà un suscitatore di energie e su di esso ogni cultore di medicina in Italia e fuori dovrà lungamente riflettere.

t. p.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XII Congresso della Società Italiana di Ortopedia in Napoli.

24 ottobre 1921.

Il Congresso si è riunito nella grande sala dell'Istituto Ortopedico Ravaschieri, diretto dal professor Curcio.

BASTIANELLI, presidente, constata l'incremento della Società, la numerosa affluenza dei soci al Congresso, e dolendosi dell'assenza del prof. Romano, cui le condizioni di salute non permisero la partecipazione alla seduta, propone (e l'assemblea approva) di nominarlo Presidente del Congresso.

Si approva l'ammissione di 12 nuovi soci.

Quindi si apre la discussione sui temi di relazione.

I. - *Cura della spondilite tubercolare.*

DALLA VEDOVA, relatore, riassume la sua relazione concludendo che il nuovo indirizzo di cura della spondilite tubercolare (intervento cruento diretto a ottenere con vari processi l'anchilosi del segmento vertebrale malato a livello delle apofisi spinose) presenta sull'antico metodo di cura della immobilizzazione mediante apparecchi gessati, due vantaggi: quello di una minore durata del trattamento ortopedico, e quello di una guarigione con conservazione dell'ortomorfismo (se applicato precocemente). Mette però in guardia contro gli eccessivi entusiasmi di Albee: anchilosi posteriore non significa guarigione del processo tubercolare, che continua la sua evoluzione e che deve esser combattuto con tutte le altre risorse della terapeutica che abbiamo a nostra disposizione.

PUTTI. — *Sul trattamento chirurgico della spondilite.* — In due suoi viaggi nel Nord-America ha potuto rendersi conto dello sviluppo e dei risultati che colà ha raggiunto il metodo di fissazione cruenta della colonna vertebrale nella spondilite tubercolare. I risultati segnalati dalla apposita Commissione di inchiesta, che non ha tenuto conto della grande statistica di Albee, non autorizzano a un eccessivo ottimismo.

DELITALA. — *La mia esperienza riguardo al trattamento della spondilite col metodo di Albee.* — Ha applicato in 4 casi il processo di Albee (trapianto di una stecca ossea fra le apofisi spinose sezionate longitudinalmente); in due casi il risultato fu buono, in due altri poco soddisfacente: in un caso i dolori malgrado l'operazione persistettero, in un altro caso sopraggiunse paraplegia, che regredì dopo asportata la stecca ossea.

CURCIO. — *Considerazioni da un ventennio di cura della spondilite tubercolare.* — In seguito a un ventennio di esperienza nella cura della spondilite tubercolare si è persuaso che la cura incruenta è preferibile, e se di intervento chirurgico si deve parlare questo deve essere diretto (e quando se ne presentino le indicazioni) alla decompressione (laminectomia) o all'asportazione del focolaio (via paravertebrale).

MARAGLIANO. — *Risultati lontani della operazione di Albee.* — A cominciare da 8 anni fa ha operato 61 casi di spondilite tubercolare, tutti col processo di Albee; si trattava sempre di bambini fino al 12° anno, e tutti appartenenti alla classe povera, e che si presentavano nelle condizioni meno favorevoli per la cura. Ha avuto una mortalità globale del 37 %, dovuta a ragioni che non sono in rapporto coll'operazione.

Egli ha ricavato dalla sua esperienza la convinzione che l'operazione fissatrice rappresenti un progresso nella cura della tubercolosi vertebrale, purchè si sia prevenuti contro il quadro di falsa sicurezza che essa crea. Circa il comportamento della stecca ossea innestata egli con gli esami radiografici e anatomopatologici (presenta i corrispondenti radiogrammi e preparati) ha potuto persuadersi che essa col tempo diminuisce notevolmente di spessore, si allunga col crescer dello scheletro, può fratturarsi e in tal caso si ha riparazione e consolidazione della frattura come in un comune osso diafisario.

COMISSO. — *La cura della spondilite a Valdoltra.* — Parla dei risultati ottenuti nel Sanatorio di Valdoltra colla cura incruenta, giovandosi soprattutto della talassoterapia ed elioterapia. Su 87 malati curati incruentemente, nel 79.5 % ha ottenuto la guarigione, nel 9 % il miglioramento, nell'11.5 % non ebbe miglioramento. Non è quindi favorevole alla cura cruenta, che non dà risultati migliori e fa correre rischi non indifferenti ai malati.

La base di una cura incruenta efficace deve essere una buona immobilizzazione, che si ottiene di solito col comune apparecchio gessato secondo Calot; nella spondilite cervicale egli però usa a preferenza il colletto ovattato di Schanz; e nei malati con fistole il lettino di Lorenz.

Segnala i buoni risultati ottenuti nei casi con gibbo per mezzo del raddrizzamento mediante pressione ovattata secondo Calot.

Conclude insistendo sulla necessità che tali malati vadano curati in appositi istituti da crearsi negli ambienti a condizioni climatiche più favorevoli (al mare o in montagna).

DONATI. — *L'osteosintesi della colonna vertebrale nel morbo di Kümmell.* — Ritiene che l'intervento diretto a fissare la colonna vertebrale sia vivamente raccomandabile per la cura della malattia di Kümmell (spondilite post-traumatica).

Egli lo ha applicato con molto vantaggio in un caso. Si trattava di una ragazza di 23 anni che quattro anni prima aveva riportata la frattura della prima vertebra lombare. Dopo quattro mesi dal trauma potè riprendere le sue abituali occupazioni, e stette bene per tre anni. Poi comparvero dolori e un gibbo e sintomi di lieve compressione midollare, che furono interpretati come dovuti a una spondilite tubercolare, onde venne eseguita la immobilizzazione con apparecchio gessato. L'O. si persuase, coll'aiuto della radiografia, della vera origine del male, e sottopose la malata all'operazione di Albee, alla quale seguì l'immobilizzazione con apparecchio gessato per la durata di quattro mesi.

In seguito all'intervento i disturbi di cui soffriva la malata scomparvero: rivista a sei mesi

dall'operazione: essa sta bene e cammina a lungo senza dolore. Il risultato si può dire molto soddisfacente.

PIERI. — *Processo operativo osteoplastico per la fissazione della colonna vertebrale.* — Ha sperimentato sul cadavere (e anche sul vivo in un caso, molto recente) un processo operatorio adoperabile solo nella colonna dorsale e lombare che consiste nel creare un lembo libero osteofibroso fendendo longitudinalmente le apofisi spinose, e da un lato sezionando le emiapofisi alla base e tagliando allo stesso livello i legamenti interspinosi. Il lembo così creato si riapplica sulla superficie di cruentazione ossea o rovesciandolo di 180° o dislocandolo in senso longitudinale (a seconda che si tratti del segmento dorsale o lombare del rachide) in modo che le emiapofisi del lembo corrispondano agli spazi interspinosi dell'altro lato, e, dove possibile (segmento dorsolombare), avvenga l'incrocio delle emiapofisi.

Questo processo avrebbe su quello di Albee il vantaggio di non richiedere il trapianto osseo, e su quello di Hibbs il doppio vantaggio di rispettare il sostegno dei legamenti interspinosi e di creare delle nuove superfici ossee cruente di addossamento molto più larghe, e che dovrebbero quindi garantire una più vasta ossificazione collegante i vari archi vertebrali.

ALBANESE. — *Sulla resistenza al carico delle apofisi spinose.* — Ha eseguito esperienze nei cadavere su preparati costituiti da un sistema di tre vertebre, resecando il corso della vertebra intermedia e fissando fra loro le apofisi spinose. La resistenza al carico si è dimostrata crescente dalla colonna cervicale (40 kg.) alla dorsale (55 kg.) e alla lombare (70 kg.). Oltrepassando questi pesi la colonna cedeva per frattura delle apofisi spinose (di solito la superiore); la frattura aveva i comuni caratteri di una frattura da flessione.

CALANDRA. — *Scalpello a doppia lama a spazio graduabile.* — Per eseguire la fissazione della colonna vertebrale nella spondilite tubercolare l'O. ha ideato uno scalpello a doppia lama che permette di prelevare con molta facilità la stecca ossea tibiale. L'O. in un caso l'ha trapiantata non fra le apofisi spinose sezionate, ma in una doccia scavata lateralmente alle apofisi spinose presso la base.

Il Presidente apre la discussione sul tema di relazione.

Interloquiscono (e riferiscono anche il loro contributo casistico) GALEAZZI, PUTTI, SCALONE, AMANTE, CHIASSERINI, D'ESTE, NICOLETTI, MARAGLIANO ANDREONI.

DALLA VEDOVA risponde ai singoli oratori e riassume l'importante contributo portato all'argomento dalla discussione. G. PIERI.

II. - *Artrite deformante.*

BARGELLINI, relatore, svolge la parte più importante della sua relazione, quella che riguarda la identificazione della artrite deformante rispetto a tutte le altre entità cliniche affini. Conclude dimostrandosi favorevole a una concezione unicista; le varie forme cliniche ora differenziate in artrite deformante giovanile, osteocondrite di Perthes, *malum coxae senile,* vanno ricondotte a un unico elemento patogenetico (e sulla natura di questo possono ancora sorgere discussioni) che dà manifestazioni cliniche differenti a causa delle diverse condizioni (di età, di struttura, di funzione) in cui trova la epifisi superiore del femore.

GALEAZZI. — *Sull'etiologia dell'osteoartrite deformante.* — Riferisce i risultati delle sue ricerche, che ha protratte per un lungo periodo, e secondo le quali l'alterazione fondamentale dell'artrite deformante andrebbe ricercata nei vasi; le lesioni vasali sarebbero poi di origine infiammatoria. Questa sua concezione differirebbe quindi dalla teoria vascolare di Wollemberg, che ritiene le alterazioni vasali secondarie alle alterazioni dell'articolazione; inoltre l'O. avrebbe riscontrato le alterazioni microscopiche date da Wollemberg come caratteristiche dell'artrite deformante, anche in altre artropatie dell'anca (artrite cronica reumatica, coxite).

Il Presidente apre la discussione sul tema di relazione. Interloquiscono PUTTI, UFFREDUZZI, ANDREONI, DELITALA, NICOLETTI, GALEAZZI.

BARGELLINI risponde ai vari oratori.

III. - *Comunicazioni varie.*

ANZILLOTTI. — *Sopra una singolare alterazione articolare.* — In un giovane che aveva riportato una ferita d'arma da fuoco (Flobert) alla mano, il proiettile rimase incastrato nella base della prima falange, e alla radiografia si dimostrava circondato di osteofiti. Alla operazione fu estratto il proiettile e furono asportati i tessuti circostanti, che presentavano una tinta ardesiaca. L'esame chimico rivelò nei tessuti colorati la presenza del piombo; l'esame microscopico rivelò presenza di cellule giganti che avevano fagocitato le particelle di piombo.

L'interesse del caso sta nella dimostrazione che il piombo determinò una neoformazione ossea e fibrosa che ricorda l'artrite deformante.

MARAGLIANO. — *Nuovo trattamento della lussazione congenita dell'anca irreducibile.* — In una giovane di 19 anni con lussazione congenita dell'anca si era stabilito un quadro di artrite dolorosa della neoartrosi per cui la deambulazione era divenuta pressochè impossibile. L'O. pensò di scaricare l'articolazione dell'anca mediante un trapianto osseo. Prelevata una stecca tibiale la conficcò da un capo nel ciglio inferiore del cotile, dall'altro nella diafisi femorale. Quindi applicò un apparecchio gessato.

Il risultato fu soddisfacente: i dolori scomparvero, la deambulazione divenne molto meno claudicante.

DELITALA. — *Sulla cura delle anchilosi della mandibola.* — In un caso in cui la radiografia aveva dimostrato la persistenza dell'interlinea articolare, invece di praticare la resezione del condilo eseguì una resezione trasversale del ramo montante della mandibola, con interposizione di un pezzo di fascia lata. Il risultato fu molto buono.

AMANTE. — *Tentativo di ricostruzione plastica della mano.* — In un soldato cui una scheggia di

granata aveva asportato la parte dorsale della mano (pelle, tendini estensori e tre metacarpi), tentò di riparare alla perdita di sostanza trapiantando al posto dei metacarpi una stecca tibiale, suturò i tendini dopo averli allungati a Z, e ricoprì il tutto con un lembo di pelle all'italiana prelevato dal torace. Il risultato fu discreto (l'O. presenta il paziente) in quanto il valore funzionale della mano così restaurata, pur limitato dalla rigidità delle dita, è molto migliorato dallo stato precedente.

NASTRUCCI. — *Sulla tecnica delle osteotomie nelle gravi affezioni rachitiche.* — Nel trattamento delle gravi arcuature rachitiche della tibia, l'O. pratica un nuovo tipo di osteotomia che egli chiama ad incastro, secondo la quale egli ha operato, con molto buoni risultati, due malati, con tibia rispettivamente vara e valga.

La sua tecnica si può riassumere in una associazione di una osteotomia obliqua con una osteotomia cuneiforme; l'osteotomia obliqua si pratica colla sega circolare di Albee e ne risulta un frammento inferiore a becco di clarino, che si sposta in modo da ottenere la correzione e si incastra coll'apice in un apposito incavo preparato nel moncone superiore. Si suturano il periostio e la pelle e si applica un apparecchio gessato.

CHIASSERINI. — *L'ascesso cronico delle ossa.* — È una delle forme meno frequenti della osteomielite cronica. Egli ne ha osservati quattro casi e ne ha operati tre. Due volte si era sviluppato nella tibia, una volta nel femore (epifisi inferiore), una nel radio (metafisi inferiore). Il sintomo dominante era il dolore. La radiografia dimostrava una zona di rarefazione, talora a contorni molto netti. In due dei quattro casi esisteva una membrana limitante, che in un caso era così regolare da far pensare a una cisti. Il contenuto in tre casi era sterile, in uno diede sviluppo al bacillo del tifo. In due casi l'O. suturò totalmente la pelle (in un caso incluse nella cavità un trapianto adiposo), nel terzo caso riempì la cavità con lembi peduncolati di parti molli presi di lato.

VERGA. — *Contributo allo studio delle cisti solitarie delle ossa.* — Mostra e illustra la radiografia di un caso.

VERGA. — *Frattura e consolidazione di un trapianto osseo libero.* — In un caso di trapianto di un segmento di perone a livello di una estesa perdita di sostanza della tibia, si ebbe la frattura del trapianto in seguito a caduta dalla bicicletta. Dopo tre mesi di immobilizzazione cominciarono i segni del processo di riparazione che si svolse in seguito normalmente. La radiografia dimostra la frattura come un taglio netto, con aspetto diverso dalle fratture da comuni traumi in ossa normali.

GALEAZZI. — *Nuove applicazioni del trapianto muscolare e tendineo.* — In un caso di vecchia frattura della rotula con allontanamento dei frammenti per 12 centimetri, invece di ricorrere all'allungamento del tendine del quadricipite, eseguì il trapianto del sartorio che inserì alla tuberosità tibiale. In un caso di esiti di frattura del calcagno con diastasi grave dei frammenti associò l'allungamento dell'achilleo al trapianto del lungo flessore dell'alluce. In tre casi di lussazione abituale della rotula sezionò il semitendinoso e fissò il moncone inferiore all'angolo infero-interno della rotula. In tutti questi casi il risultato fu soddisfacente.

LA FERLA. — *Un caso di curvatura della tibia di origine congenita.* — In una bambina in coincidenza coll'inizio della deambulazione si sviluppò gradualmente una curvatura anteriore, che si arrestò all'età di quattro anni. Fu eseguita l'osteotomia cuneiforme e il raddrizzamento. Si ebbe suppurazione, e dopo due mesi e mezzo eliminazione di un sequestro, ma in definitiva si ottenne la guarigione, che persiste a distanza di 18 mesi.

ETTORRE. — *Del metatarso varo congenito.* — Nell'Istituto dei Rachitici di Milano il metatarso varo è stato osservato 7 volte, su 480 casi di deformità congenite: in cinque casi era bilaterale ma più grave a destra; in due casi unilaterale, a destra. Va distinto il metatarso varo dal metatarso addotto. In ambedue la cura consisterà nel raddrizzamento modellante e immobilizzazione; i risultati che si ottengono sono migliori nel metatarso addotto.

NUZZI. — *La via transachillea per gli interventi sulla articolazione sopra e sottoastragalica.* — L'O. propone di scoprire l'articolazione tibioastragalica e astragalocalcaneare attraverso una incisione posteriore a racchetta, sezione alla Bayer del tendine di Achille, incisione dell'aponeurosi profonda, divaricamento laterale dei tendini sottostanti, incisione dei legamenti articolari. Questo processo presenta notevoli vantaggi, specie per eseguire le operazioni di artroplastica.

SCALONE. — *Sul trattamento operatorio del pie de cavo.* — Quando la deformità non è più suscettibile di miglioramento mediante interventi sulle parti molli, bisogna dirigersi allo scheletro. Finora è stata eseguita la tarsectomia cuneiforme. L'O. propone di intervenire attraverso una incisione dorsale longitudinale, tagliare un cuneo a base dorsale, e reimpiantare il cuneo colla base rivolta verso la pianta. Dopo la guarigione operatoria si modella e si immobilizza il piede con un apparecchio gessato. L'O. ha applicato questo processo in un caso, con buoni risultati.

LAVERMICOCCA. — *L'ileocoxometro in funzione di livellatore.* — L'O. dimostra su ingegnosi schemi come nella misurazione delle scoliosi l'ileocoxometro si dimostra molto superiore al trapezio di Schultess, poichè non richiede calcoli trigonometrici e dà risultati più esatti.

Il PRESIDENTE, esaurite le comunicazioni, dichiara chiuso il Congresso, e ringrazia il prof. Curcio per la concessa ospitalità.

Si procede quindi alla nomina del nuovo consiglio direttivo, e risultano eletti: D. Maragliano (presidente), V. Nicoletti (vicepresidente), G. Pieri (segretario), Cuneo (vicesegretario) e Aiegiani (cassiere).

Quale tema di relazione per il prossimo Congresso viene fissato: *La cura delle fratture del collo del femore.*

G. PIERI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

Di un segno riscontrato in alcuni casi di versamento pericardico.

Cantelli O. (*Bullettino della Società Medica di Bologna*, maggio-settembre 1921), considerando, che, nonostante la semplicità della ricerca, non è a sua conoscenza che altri si sia occupato dell'argomento, ha creduto di far note alcune sue osservazioni. Innanzi tutto egli si diffonde sulla mobilità del cuore ricercata, col far piegare a destra od a sinistra il malato tenuto in piedi. Tali ricerche che furono gentilmente controllate allo schermo dal dott. Cogolli, radiologo dell'Ospedale Maggiore, ed eseguite radiologicamente dietro consiglio dell'A. dal dott. Valenti, assistente nell'Istituto di Patologia Medica, avrebbero dati i seguenti risultati: 1° *Movimento paradosso dei margini e della punta*, anche quando il cuore si dimostrava perfettamente spostabile nella posizione laterale distesa: cioè spostamento dell'ombra cardiaca in senso inverso a quello dato al paziente, contrariamente quindi a quanto potevasi supporre a priori se il cuore avesse dovuto ubbidire alla legge di gravità; 2° *Fissità dei margini e della punta*: Vuol dire che il cuore, nonostante che l'I. fosse spostato a destra od a sinistra, non si moveva neppure di una linea; 3° *Comportamento normale (riscontrato però in soli due casi)*, vale a dire spostamento dei margini cardiaci e della punta verso il lato in cui si piegava l'individuo in esame.

L'A. dichiarando di essere suo desiderio di ritornare sul fenomeno in parola non si diffonde a parlare della sua genesi. Ricorda solo che, essendo il comportamento del cuore incostante nelle condizioni da lui descritte, esso deve naturalmente stare in rapporto a parecchie cause. La fondamentale potrebbe anch'essere ricercata nella costituzione dell'individuo, per la quale si può logicamente ritenere come il cuore possa essere più o meno facilmente spostabile da soggetto a soggetto. Una causa accessoria poi dev'essere riconosciuta nel fatto che, come ha notato il dott. Valenti, piegando l'infermo a destra e rispettivamente a sinistra, il diaframma sembra innalzarsi dal lato dello spostamento in modo che esso potrebbe anch'essere la ragione ultima dello spostamento paradosso.

L'A. in alcuni casi di versamento pericardico ha potuto notare un quarto modo di comportarsi dell'aja di ottusità destra del cuore. Infatti, mentre nelle condizioni sopra descritte si ha che l'ottusità precordiale destra o aumenta, o resta fissa o diminuisce nella posizione laterale destra, ed in quella sinistra o diminuisce o resta fissa o aumenta: invece nei casi di versamento pericardico da lui osservati si notava che, mentre nella posizione laterale destra l'ipofonesi diminuiva notevolmente da quella fissata nella posizione eretta, e più di quanto non si riscontrasse più tardi a liquido riassorbito, in quella laterale sinistra invece di aversi l'aumento dell'ipofonesi precordiale o la sua fissità, si otteneva pure una diminuzione, diminuzione che non si riscontrava più dopo la scomparsa del liquido.

L'A. crede che si possa spiegare il fenomeno e riflettendo che, piegando l'ammalato verso destra, lo straterello di liquido si disponga trasversalmente col suo livello, all'istesso modo col quale si dispone in un qualsiasi recipiente quando questo sia spostato dalla verticale o pensando che una parte del liquido compreso fra l'orecchietta destra ed il sacco pericardico, possa riversarsi nel pericardio stesso. Logicamente poi, cadendo il liquido per legge di gravità verso sinistra, piegando l'ammalato a sinistra si avrebbe la diminuzione dell'ipofonesi a destra.

L'A., infine, soffermandosi a dire dell'importanza che può acquistare tale segno in certi casi dubbi, si riserba di fare altre e più minute indagini per condurre a termine il suo lavoro appena iniziato.

S. A.

CASISTICA E TERAPIA.

Contributo alla patologia della tubercolosi pleurica.

F. L. Landgraf (*Zeitschrift für Tuberkulose*, n. 1) descrive due casi, nei quali in seguito ad una pleurite essudativa si sviluppò una tubercolosi pleurica fibroso-caseosa-purulenta. Gli ammalati morirono: all'autopsia si notò la grande diffusione del processo morboso. Nel primo dei casi la formazione di cotenne risultò insufficente ad incapsulare le masse caseose; da ciò continua progressione del processo. È notevole il fatto che i polmoni risultarono sani anche all'esame microscopico. La tubercolosi si era estesa alla pleura da glandole retrosternali caseificate. Nel secondo caso si trovarono delle deposizioni calcari: dunque una certa se anche insufficente tendenza alla guarigione.

POLLITZER.

Tumefazioni e calcificazioni non tubercolari delle glandole tracheo-bronchiali.

M. Gahwyler (*Schweiz. med. Wochenschr.*, n. 14, 1921, rif. da *La Presse médicale*, n. 64) rileva che sono riportati sette casi di adenopatia, comparsa o spontaneamente, o in seguito ad angine ripetute, a difterite, a bronchiti, a polmonite.

Esistevano tutti i segni classici (dolori alle spalle, febbre serotina, riduzione di suono e aumento della resistenza alla percussione, inspirazione rude, espirazione prolungata, ombre alla radioscopia), Tutto avrebbe fatto pensare alla tubercolosi, se non fossero riuscite negative le diverse reazioni biologiche.

La linfangite peribronchiale, di qualsiasi natura, può dar luogo a tumefazioni e calcificazioni di glandole. Le reazioni biologiche sono le sole che possano distinguere questa forma da quella tubercolare.

POLLITZER.

La diagnosi degli ascessi polmonari.

Passano spesso inavvertiti anche se raggiungono il volume di un mandarino o di un arancio: bisogna sospettarne l'esistenza, quando si vedono degli individui affetti da polmonite, bronchite purulenta, bronco-polmonite, infarto polmonare, che presentano sintomi insoliti e specialmente oppressione, febbre persistente, notevole alterazione dello stato generale. Talvolta appare un sintomo nuovo, la vomica di pus verdastro o striato di sangue, seguita da espettorazione un po' fetida e purulenta: la vomica si verifica 15-20 giorni dopo la polmonite franca e spesso, malgrado i segni cavitari alla base (gli ascessi trovansi di solito nel lobo inferiore), si pensa erroneamente ad una pleurite purulenta metapneumonica incistata.

I segni fisici e la loro topografia sono gli stessi: la precocità della vomica, le alterazioni dello stato generale (astenia, dimagrimento, colore terreo), la fetidità depongono più propriamente per l'ascesso. Talvolta in individui con influenza e congestione polmonare, la comparsa di un ascesso può venire interpretata come tubercolosi localizzata alla base, tanto più in presenza dei segni di esaurimento generale.

J. Charlier (*La Médecine*, maggio 1921) ritiene che la diagnosi precoce, che è veramente necessaria per il pronto intervento, possa basarsi essenzialmente sulla radioscopia e sulla puntura esplorativa. Gli ascessi di un certo volume si rivelano bene ai raggi X, sotto forma di ombra opaca di forma tendente all'ovalare, a contorni netti e talvolta sfumati per la congestione del tessuto circostante. Un piccolo ascesso può però sfuggire: si ricorre allora alla puntura esplorativa, fatta nella zona più ottusa, dove è il massimo di oscurità respiratoria, approfondata fino a 6-8 cm. con un ago abbastanza grosso: si aspira ad ogni centimetro di approfondamento: la comparsa di pus indica l'ascesso. La puntura, se negativa, è assolutamente innocua; se positiva può portare un insemenzamento nella pleura, pericolo, in realtà, più teorico che reale: d'altra parte la necessità e l'urgenza della diagnosi impongono l'esplorazione.

fil.

Sulla pleurite con versamento.

Sebbene tale malattia sia abbastanza frequente, pure sfugge spesso alla diagnosi, perchè non ricercata con sufficiente accuratezza; quando un paziente accusi da tempo dei piccoli brividi, accompagnati da dolori toracici e da innalzamento anche lieve di temperatura, si deve tener presente il sospetto di pleurite. Le cause più comuni di questa sono il pneumococco ed il bacillo tubercolare; a quest'ultimo va attribuita una gran parte delle pleuriti così dette idiopatiche; qualche autore ritiene anzi che siano tubercolari tutte le pleuriti in cui non si può dimostrare altra causa. Th. Oliver (rif. in *Medical Review*, sett. 1921) giudica non esatta tale asserzione, sebbene vi sia una certa affinità fra peritonite tubercolare e pleurite, p. e. per quanto riguarda la guarigione che si può avere nell'uno e nell'altro caso con il semplice svuotamento; comunque per la peritonite l'origine tubercolare è certa, per la pleurite, soltanto probabile. L'intervento di germi piogeni trasforma l'essudato da siero-fibrinoso in purulento.

Lo *spostamento del cuore* è spesso un segno abbastanza precoce; è provocato non già dal liquido, ma dal mancato equilibrio fra i due polmoni, dei quali, quello del lato sano compie movimenti più ampî e tende a stirare il cuore dalla sua parte. L'ottusità alla percussione alla base di un polmone e lo spostamento del cuore verso l'altro lato costituiscono segni di grande valore per la diagnosi di pleurite con versamento.

L'*ottusità* tende a farsi convessa in alto nella regione ascellare (carattere differenziale della polmonite): l'A. dice che si ritiene in generale che il cambiamento di posizione non altera l'area di ottusità, ma che egli, in qualche caso, ha osservato il contrario e non abbiamo difficoltà a crederlo; bisogna però stare molto guardinghi nel far cambiare posizione al pa-

ziente, potendone anche conseguire la morte. Per quanto riguarda l'ascoltazione, l'A. non ritiene che il sintoma di Baccelli sia costante. Il primo tono cardiaco alla base può essere accompagnato da un murmure, od aversi addirittura un rumore sistolico: il secondo tono sulla polmonare può essere accentuato.

La quantità di liquido nel torace può essere notevolissima senza che il paziente accusi gravi disturbi: l'A. ha estratto oltre tre litri dal torace di un individuo che si lamentava soltanto di dispepsia: d'altra parte si sono avuti casi di morte subitanea in persone che, non ostante un versamento di una certa entità, erano in piedi.

La presenza di un versamento abbondante deve consigliare l'aspirazione, mediante la quale la guarigione è rapida: altrimenti si può tentare l'uso di diaforetici e diuretici. La toracentesi è una manovra semplice e sicura: talvolta però si può avere la morte, che l'A. ha osservato in tre casi; in queste disgraziate evenienze, la dispnea, invece di diminuire, aumenta, il paziente diventa inquieto ed interviene il collasso. Probabilmente l'ago irrita la superficie infiammata del polmone e provoca un riflesso del vago con arresto del cuore. Se il paziente si lamenta, durante l'aspirazione, di dolore al torace, è bene sospendere l'aspirazione stessa ed estrarre l'ago.

fil.

Il trattamento delle pleuriti purulente.

Finora l'evacuazione del versamento, non appena fatta la diagnosi, era la formola terapeutica corrente; l'esperienza della guerra e dell'ultima epidemia influenzale hanno alquanto modificato le idee in proposito. Janssen e Tuffier, p. e., ritengono che l'aspirazione vada fatta precocemente, l'operazione invece ritardata. Mentre poi da un lato Willems crede che non si debba esagerare nelle riserve a proposito dell'intervento precoce, M. Renaud respinge categoricamente la pleurotomia sistematica, larga e precoce, che porta seco il collasso e l'adinamia; operazione dannosa perchè impedisce ogni trattamento medico efficace, ed inutile perchè la pleurite è un episodio poco grave per sè stesso, che può provocare la morte solo lentamente, con la cachessia speciale alle grandi suppurazioni. L'intervento diretto sulla pleura è autorizzato solo quando l'attenuazione dello stato tossi-infettivo ed il miglioramento dei disturbi funzionali indicano che la battaglia « *quoad vitam* » è vinta.

La maggior parte degli ammalati guariscono con un minimum d'intervento; taluni spontaneamente dopo la vomica; altri con punture ripetute, o punture seguite da drenaggio permanente per mezzo di un tubo-sifone.

La semplice puntura aspiratrice, eccettuato la pleurite da pneumococchi nell'infanzia, era stata abbandonata prima della guerra, malgrado qualche successo innegabile, tendendo a sostituirvi la toracotomia con drenaggio. In seguito, alla pleurotomia semplice si è aggiunta la disinfezione della cavità con tubi di Carrel in tutte le direzioni, ciò che permetterebbe la chiusura chirurgica precoce della breccia toracica. E Girou consiglia l'iniezione quotidiana di 3-5 cmc. di un liquido composto con essenza di trementina, guaiacol ana g. 2, eucaliptol g. 1, etere g. 95, e la cura con vaccini adattati (un'iniezione ogni 3-4 giorni); si pratica l'esame batteriologico ogni 3-4 giorni, e quando non si riscontrano più streptococchi ma solo qualche raro pneumo- o stafilococco, si richiude la parete in tre piani, dopo avvivamento, continuando poi il vaccino per una diecina di giorni. Quando delle fistole bronchiali obbligano a rinunziare al liquido antisettico, che determinerebbe tosse ed irritazione bronchiale, si fanno iniezioni continue o subcontinue di ossigeno.

Quando il volume dell'empiema ed il suo grado d'infezione restano a lungo stazionari, si può ritenere che l'affezione sia divenuta cronica; in tal caso, ottenuta la disinfezione della cavità pleurale con mezzi fisici (sbrigliamenti o drenaggi) o meglio chimici (liquido Dakin, ossigeno, ecc.), si potrà ricorrere a due metodi operatorii, cioè la chiusura della parete e la decorticazione polmonare.

In ogni caso si procederà sempre ad un energico trattamento postoperatorio (ginnastica respiratoria, spirometria, ecc.).

(*Journal des praticiens*, vol. 36, n. 43). *fil.*

EPIDEMIOLOGIA.

Cambiamento del tipo epidemico.

Sydenham dava importanza, per spiegare i vari aspetti epidemiologici assunti da una stessa malattia, a speciali influenze telluriche o climatiche.

Il tipo clinico di una stessa malattia potrebbe essere, secondo alcuni, così variabile che vi è chi ritiene che la meningite epidemica, la poliomielite acuta, l'encefalite letargica, l'influenza, siano varianti di uno stesso processo morboso, ossia diverse manifestazioni dello stesso virus sotto speciali condizioni.

Attualmente vi sono (Rolleston, *Journ. Am. med. Ass.*, 1920, p. 1495) parecchi esempi di malattie che hanno mutato fisionomia: ad esempio la scarlattina si presenta più mite che non nel passato: il contrario per la polmonite.

I diversi aspetti clinici presentati dalle malattie infettive possono dipendere da varie cause inerenti alla virulenza dell'agente infettivo od alla resistenza del paziente: quale fattore entra nel genio epidemico?

Non si deve trascurare certo il fattore batteriologico: si sa che i batterii possono variare il loro potere patogeno per causa di influenze esterne (temperatura ed altri fattori climatici, concentrazione di portatori od ospiti, condizioni di trasmissione) od anche spontaneamente.

Le diversità del quadro clinico possono dipendere dalla diversità degli stipiti che sono la causa delle malattie, come nel tifo e paratifi, nella meningite, polmonite, dissenteria.

Lo stesso germe produce dunque tipi variabili del quadro clinico, quantunque si possa ritenere che questo sia piuttosto in relazione con associazioni: ad esempio, un virus ultramicroscopico associato ad un batterio.

Bisogna tener conto inoltre delle vaccinazioni profilattiche, dell'immunità non specifica data da comuni infezioni, della diversa resistenza delle popolazioni. Ed anche il trattamento deve avere la sua parte: la difterite è perciò divenuta meno virulenta.

MONTELEONE.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Azione batteriolitica dei lochi nei puerperî normali e patologici.

A. Perazzi (*Ann. di Ost. e Gin.*, agosto 1921), che in una serie di ricerche ha indagato le proprietà dei lochi nei puerperi normali e patologici, nella presente nota studia la resistenza locale allo sviluppo dei germi nell'utero puerperale **fondandosi sul valore batteriolitico** dei lochi.

Questo è stato esaminato servendosi del metodo di Neisser e Wechsberg, basato sul principio che i germi sviluppandosi scolorano il brodo colorato con bleu di metilene. Come germe fu scelto il colibacillo che spesso è l'agente dell'infezione dell'endometrio. I controlli furono stabiliti usando soluzione fisiologica in luogo dei lochi. Dalle prove fatte risultò che nelle puerpere normali è molto spiccata l'azione inibente dei lochi sullo sviluppo dei germi, specie in 3ª e 4ª giornata. Le proprietà batteriolitiche dei lochi, raccolti sterilmente, apparvero in diretto rapporto con la rapidità e regolarità di involuzione dell'utero puerperale. L'azione è esercitata dal plasma e dai leucociti, ma questi isolati dal plasma hanno una breve attività batteriolitica. Quest'azione dei lochi si attenua col riscaldamento a 70° per 25' e scompare a 75°. Riesce quindi difficile poter omologare queste sostanze inibenti lo sviluppo dei germi con le alessine contenute nel siero di sangue normale.

Furono poi presi in esame 12 casi di endometrite settica puerperale.

I casi con reperto positivo (presenza di attività batteriolitiche nei lochi) decorsero benignamente; quelli con esito negativo, parte benignamente, parte con complicazioni; i casi a reperto nullo, cioè sviluppo dei germi di eguale intensità nelle due serie di provette, ebbero pure significato incerto. Dal che si deduce che se il metodo non ha ancora diritto di affermarsi in clinica, pure nei casi a reperto positivo ci dà l'indice di una difesa locale e generale di cui va tenuto calcolo nella prognosi e nel criterio terapeutico.

R. B.

Sull'importanza del midollo emopoietico delle ossa lunghe per il decorso di malattie infettive acute.

In tutte le infezioni generali acute provocate da germi trasmissibili (E. Müller, *Med. Klinik*, n. 41, 1921) i germi patogeni, oltre a circolare nel sangue, si localizzano nel midollo delle vertebre e vi inibiscono la funzione leucopoietica. Si sviluppa allora rapidamente del nuovo midollo funzionante nelle ossa lunghe nelle quali, di solito, non si riscontrano germi nonostante la batteriemia. Questa assenza di germi dal midollo delle ossa lunghe indica che le zone di midollo neoformato esplicano una forte azione antibatterica: clinicamente l'aumentata funzione leucopoietica si manifesta con la leucocitosi. Nelle malattie infettive caratterizzate da leucopenia (p. es., tifo) i germi si localizzano e si possono dimostrare anche nel midollo delle ossa lunghe dotato in questi casi (lo indica la leucopenia) di insufficiente funzione leucopoietica: ciò fa riconoscere per contrasto la grande importanza che spetta al midollo delle ossa lunghe nella difesa contro le malattie infettive acute. POLLITZER.

IGIENE PRATICA.

L'anguillula dell'aceto.

Abbastanza frequente nell'aceto di vino è la presenza di piccoli vermi nematodi, *Anguillula aceti*, che sono di ostacolo all'acetificazione, ma non arrecano danni all'aceto già fatto. Non risulta che la loro ingestione determini disturbi nell'uomo, e forse in considerazione di ciò, i nostri regolamenti non fanno espressa menzione dell'anguillula e non vietano espressamente lo spaccio di aceti che le contengano. Comunque la loro presenza deprezza commercialmente l'aceto e può essere oggetto di ripugnanza: è quindi pienamente giustificato lo studio di N. Passerini (*Le Stazioni sperimentali agrarie italiane* e *Boll. Ist. Int. di agricoltura*, maggio 1921) dedicato alla resistenza delle anguillule a differenti agenti ed al modo di distruggerle.

Numerosi sono i mezzi studiati dall'A. per uccidere l'anguillula: alcuni senza importanza pratica, come, p. e., il solfuro di carbonio, il sublimato corrosivo, il cianuro di potassio, che, se anche efficaci, non potranno mai usarsi: comunque anche la prova con questi agenti è stata utile perchè dimostra la grande resistenza di questi vermi (vivono diverse ore nel sublimato a 1 ‰, nel cianuro potassico a 5 ‰). Interessante è il reperto che le anguillule possono vivere diversi giorni nell'acido acetico a 18 %, poichè contraddice a quanto si ammetteva un tempo, che cioè esse non potessero vivere che in aceti a titolo inferiore al 4-6 %; siccome poi gli aceti anche buoni, difficilmente superano il titolo di 6-8 %, ne viene di conseguenza che la presenza di anguillule non può di per sè sola indicare una deficente acidità. Un agente suscettibile di applicazione è l'anidride solforosa gazosa, che, abbondantemente applicata, finisce con l'uccidere tutte le anguillule. Poco sicuri sono invece l'esclusione dell'aria, la sovrapposizione di olio d'oliva o di vaselina, i raggi ultravioletti, i raggi X. Il disseccamento uccide rapidamente le anguillule, ma evidentemente esso non può usarsi. Suscettibili di applicazione pratica sono invece il riscaldamento e l'esposizione alla luce solare: basta fare raggiungere al liquido la temperatura di 50° per essere certi di avere ucciso tutte le anguillule. Indipendentemente dall'aumento di temperatura, agisce la luce solare, che le uccide in poche ore: l'A. non dice però a quale spessore arriva la sua azione, poichè questa deve essere indubbiamente diversa secondo la capacità e la larghezza del recipiente, la natura delle pareti, ecc. Abbiamo dunque in questi due semplici agenti: il riscaldamento (che se non supera i 50°, non ha azione spiccata sui prodotti volatili) e l'esposizione alla luce solare, il mezzo di uccidere questo parassita, che verrà successivamente eliminato dall'aceto, mediante la filtrazione.

A. FILIPPINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1448) *Quesiti farmacologici.* — Al dott. G. P. da M. (Ascoli Piceno):

1. *Diagridio solforato.* — Gli antichi chiamarono diagridio il «*solutivo gagliardo di scamonea*», cioè un purgante forte preparato con la scamonea, ed usarono il diagridio solforato, glicerizzato, cidoniato, ecc., secondo che univano la scamonea ad altre sostanze. Ora si intende col nome di diagridio la resina di scamonea estratta dalla radice di *Convolvolus scammoniae;* è un purgante drastico, idragogo, che agisce come la gialappa, di cui ha le stesse proprietà ed indicazioni. Viene usato spesso nella terapia infantile perchè quasi senza sapore.

2. *Calomelano inglese.* — Il calomelano viene preparato con diversi metodi: per sublimazione, a vapore, per precipitazione, per elettrolisi.

Il C. inglese è quello a vapore, che è la qualità più usata ed è la sola officinale.

fil.

VARIA

Uso delle reticelle contro le Zanzare.

Riportiamo dai *Pathologica* (1° agosto 1921):

Walter e Master parlando della protezione meccanica contro le zanzare dicono che tale difesa si è iniziata in India nel 1881.

Sir Patrick Hehir in *Lancet* (n. 5089), osserva che l'uso della protezione meccanica contro le zanzare è assai antico; ne parla Erodoto come di metodo usato dagli antichi egiziani e ne accennano Varrone, Orazio, Properzio, Giovenale per quanto riguarda i Romani, presso i quali la rete di difesa aveva il nome di *Conopeum*.

***

È appena necessario di aggiungere che questi mezzi erano diretti a difendersi dalla molestia delle zanzare: la finalità di difendersi dalle malattie trasmesse dalle zanzare e l'uso sistematico delle reticelle, sono consecutivi alle scoperte di Grassi preparate da quelle di Manson e di Ross, e dobbiamo farne credito all'autore italiano.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9146) *Obblighi dei padroni verso i proprii dipendenti a riguardo della assistenza sanitaria.* — Dott. E. F. V. da C. — Nessuna disposizione di legge o di regolamento obbliga i padroni di pagare per i propri domestici, colpiti da indennità, inscritti o meno nello elenco dei poveri, i medicinali e le spese di spedalità qualora per qualsiasi ragione non fosse possibile la cura a domicilio.

(9147) *Periodo interinale - Valutazione agli effetti della pensione - Caro-viveri.* — Dott. A. M. da M. — Il periodo di servizio interinale non riscatta agli effetti della pensione. Esso, però, è tenuto in conto per affrettare di altrettanto tempo l'acquisto del relativo diritto, se si sia nel frattempo pagato il relativo contributo. Può aver diritto alla indennità caro-viveri, sempre che il posto che occupa, sia previsto nella pianta organica, sia privo sel titolare e non sia stata compresa od altrimenti valutata nella retribuzione giornaliera.

(9148) *Inscrizione alla Cassa di Previdenza dei medici anziani.* — Dott. G. C. da M. — Entro un decennio di inscrizione si deve pagare alla Cassa di Previdenza il capitale corrispondente ai complessivi contributi dell'ente e del medico, con le quote mutue e gli interessi composti, in tutto una somma che si aggira fra le cinque o sei mila lire. Dalla inscrizione di Lei alla Cassa di previdenza nessun nuovo o maggiore onere potrà risentire il Comune, il quale già paga, come per legge, il proprio contributo, non ostante che il sanitario non abbia ancora aderito alla Cassa. Inscrivendosi ora alla Cassa, con 25 anni di servizio e 6[illegible] di età, liquiderebbe la somma di lire 1451. Con la nuova tabella in base a 30 anni di servizio ed a 70 anni di età, liquiderebbe la somma di lire 6300. Occorre osservare che in tal caso si dovrebbe aumentare proporzionatamente la somma da versarsi pel riscatto dei quindici anni di servizio, fatti prima della inscrizione.

(9149) *Imposta di Ricchezza mobile.* — Dott. G T. da T. — Il D. L. del 9 settembre 1917, n. 1546, a riguardo del tasso della imposta di R. M. fu prorogato con altro decreto Luogotenziale del 1° agosto 1918, n. 1289, fino alla fine dello esercizio finanziario in cui fu conclusa la pace. Con successivo D. R. del 7 novembre 1920, n. 1542 fu prorogato ancora per tutto il tempo necessario alla attuazione della riforma tributaria.

(9150) *Seconda indennità caro-viveri.* — Dott. N. G da S. — Se la deliberazione di concessione del secondo caro-viveri era detto che esso veniva dato a tutti gli impiegati, non vi è ragione per negarlo alla levatrice ed al medico. Per toglierlo si sarà poi dovuto prendere una nuova innovativa deliberazione, che bisognerebbe tener sotto occhi per vedere come fu motivata.

(9151) *Riscatto per la pensione di servizio interinale.* — Dott. M. C. da S. — Il servizio interinale prestato prima della inscrizione alla Cassa di Previdenza non si può riscattare. Di esso, sempre quando si sieno pagati i prestabiliti contributi, si tien conto pel più sollecito raggiungimento del termine fissato per acquistare il diritto alla pensione.

(9152) *Tassa di Ricchezza mobile.* — Dott. S. M. da R. — Anche sull'onorario giornaliero di un medico supplente, grava la imposta di Ricchezza mobile.

(9153) *Congedo.* — Dott. A. B. da T. V. — Non è necessario che passi un intero anno di servizio per poter chiedere ed ottenere il mese di congedo annuale. Esso può essere chiesto in ogni tempo e concesso egualmente sempre quando lo consentino le condizioni sanitarie locali.

(9154) *Indennità cavalcatura - Rinuncia.* — Dottor M. M. da M. — Può bene opporsi alla richiesta del Municipio di cedere lire 300 sulla indennità cavalcatura per il mese di congedo, durante il quale non ha fatto uso di mezzi di trasporto, giacchè detta indennità è fissata ad anno e non a mese. Può essere, d'altronde, che del risparmio di spesa per un mese si sia già tenuto conto nel fissarne l'ammontare complessivo annuale, che si sia appunto stabilito in quella misura per undici e non per dodici mesi.

(9155) *Ricchezza mobile.* — Dott. E. A. da R. — Anche sulla indennità caro-viveri si deve pagare la tassa di Ricchezza mobile.

(9156) *Richezza mobile.* — Dott. G. Z. da C. — Il compenso che ritrae da ogni atto operativo non è stipendio. Esso è colpito dalla Ricchezza mobile, a differenza dello stipendio che, come Ella dice, va esente dalla imposta. Il tasso della imposta sarebbe quello fissato per l'esercizio professionale libero, cioè il 9 per cento. Doctor JUSTITIA.

LA RUBRICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Il movimento culturale e le tariffe postali.

Sotto la presidenza del sen. Corbino, ministro della P. I. e vice-presidente della «Fondazione Leonardo», si è riunito il Consiglio Direttivo della «Leonardo» stessa per l'esame e la discussione di importanti argomenti relativi alla espansione all'estero della cultura nazionale.

È nota l'azione che la «Leonardo» persegue per questo che è tra i più gravi problemi della vita del nostro paese. Le Guide pubblicate dalla «Leonardo» costituiscono un prezioso mezzo di orientamento nel vasto campo della produzione culturale italiana per ogni singola disciplina.

Oltre a ciò la «Leonardo» sta preparando il piano per una collezione di Scrittori italiani, specialmente contemporanei, che sarà pubblicata in

lingue diverse, in paesi diversi e per opera di diversi editori; e ha organizzato un servizio di informazioni per le riviste straniere alle quali invierà tradotti ed eventualmente corredati dalle necessarie illustrazioni, gli studi, gli articoli, le memorie scientifiche più importanti che in Italia man mano si vanno pubblicando.

Preoccupato inoltre del disagio creato al movimento culturale e librario dalle alte tariffe postali per la spedizione dei libri sia all'interno che all'estero, il Consiglio direttivo ha formulato i seguenti voti che saranno presentati ai Ministri delle Poste e dei Trasporti da una speciale Commissione nominata in seno al Consiglio direttivo:

«Il Consiglio direttivo per la «Fondazione Leonardo» per la Cultura Italiana, fa voti che S. E. il Ministro delle Poste:

riconoscendo che lo sviluppo della vita intellettuale italiana è fattore necessario alla prosperità economica della Nazione e al buon nome del nostro Paese nel mondo, e che le condizioni in cui oggi si svolge l'attività editoriale e libraria sono estremamente difficili;

voglia concedere una tariffa di favore ai sottofascia e ai pacchi postali spediti all'interno dagli editori e dai librai».

«Il Consiglio direttivo per la «Fondazione Leonardo» per la Cultura Italiana, fa voti che S. E. il Ministro dei Trasporti:

riconoscendo che lo sviluppo della vita intellettuale italiana è fattore necessario alla prosperità economica della Nazione e al buon nome del nostro Paese nel mondo e che le condizioni in cui oggi si svolge l'attività editoriale sono estremamente difficili;

voglia concedere una notevole riduzione alle tariffe per l'invio dei libri sia a piccola che a grande velocità, render più facili e meno costosi gli invii dei pacchi ferroviari contenenti libri, ed accettare le spedizioni dei libri fuori sacco come è concesso ai periodici».

Alla vasta opera della «Leonardo» il Consiglio direttivo, del quale oltre al presidente Ferdinando Martini ed al vice-presidente Orso Mario Corbino, fanno parte come delegati del Ministro della P. I. Giovanni Gentile, degli Esteri il comm. Amedeo Giannini, delle Colonie il comm. Nobili Massuero, del Commissario dell'emigrazione il prof. Torquato Perassi, e come consiglieri i professori Giuseppe Chiavenda, Almagià, Formiggini, attende con alacrità e con il massimo fervore.

CONCORSI.

BRESCIA. *Ospedale dei Bambini «Umberto I»*. — Primario del riparto Medico; L. 2300 nette e L. 1200 di caro-viv. Scad. ore 16 del 15 dic. Età massima 40. Anni 5 di pratica pediatrica in cliniche od ospedali. Anno di prova. Il Consiglio di Amministrazione si riserva la facoltà di scegliere sui primi tre classificati.

CASTELGRANDE (*Potenza*). — Popol. legale 2705 (effettiva circa 2300), agglomerata in collina, 50-60 fam. povere; L. 3000 e caro-viv.; 6 quadrienni decimo. Età limite 50 anni. Scad. 10 dic.

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (*Mantova*). — A tutto il 20 dic. Direttore del Manicomio; L. 12,000 e cinque quadrienni decimo; doppio c.-v.; L. 1000 alloggio. Servizio entro 20 giorni.

CETONA (*Siena*). — 3ª cond.; scad. 15 dic.; L. 7500 per 1500 poveri, 8 trienni ventesimo, L. 3500 mezzo trasporto, L. 2400 c.-v., L. 300 per ogni convivente a carico e L. 500 se i poveri sono più di 1500.

FOLIGNO (*Perugia*). — Scad. 10 dic., residenziale; chirurgo; L. 6500, due c.-v., tre quinquenni decimo.

GATTEO (*Forlì*). — A tutto 15 dic.; L. 8000 e bienni del ventesimo, L. 2000 cav.; in corso d'approv. miglioramenti; L. 500 uff. san.; L. 1000 direz. Ospedale «Ghinelli». Ab. 3800 in due centri.

GAZZANIGA (*Bergamo*). — Condotta residenziale del Consorzio Gazzaniga, Fiorano al Serio, Orezzo. Popolazione agglomerata di 6000 abitanti, sparsa di 1000; poveri 1000. Estensione 5 kmq. Indennità residenza 6500 lorde; 250 per ogni 100 poveri da 1000 a 2000; 350 per ogni 100 poveri oltre i 2000; 500 per uff. san., 300 per spese ambulatorio; doppio c.-v. e assicurazione contro gli infortuni professionali (L. 120). Quattro aumenti quinquennali. Il medico condotto è autorizzato alla direzione servizio chirurgico nell'ospedale. Scadenza 15 dic.

GENOVA. *Municipio*. — 4 condotte; titoli ed esame; L. 7000 e 10 bienni di L. 375 e uno di L. 250; 2 caro-viveri. Docum. alla Segreteria non oltre le ore 16 del 20 dicembre. Esercizio professionale triennale. Età-limite 35. Chiedere annunzio.

MONTEPULCIANO (*Siena*). — Scad. 30 nov., due cond.; L. 6500 fino a 500 pov., L. 150 ogni 100 pov. in più o frazione, L. 4000 mezzo trasp., c.-v., 8 trienni ventes.

PIETRALUNGA (*Umbria*). — 2ª cond.; L. 6000 oltre L. 2000 disag. resid., L. 2400 caro-viv., L. 260 se uff. san. Servizio entro 15 giorni. A tutto 30 dic. Chiedere annunzio.

SESTO S. GIOVANNI (*Milano*). — Due cond.; Lire 10,000 di cui L. 6000 fisse e L. 4000 per 2000 pov.; L. 500 dopo la stabilità e 5 quinquenni ulteriori; di L. 650; L. 1000 per trasporto misto (bicicletta e vettura). Al 10 dic. Chiedere annunzio.

Avviso.

«L'Ufficio Collocamento Medici di Padova — Regia Clinica Medica — ha richieste di sanitari dai seguenti Comuni: Gallio, Velo d'Astico, Ovaro, S. Giovanni Manzano, S. Michele al Tagliamento, Crespadoro. In quasi tutti i detti Comuni sono aperti o stanno espletandosi le pratiche per i relativi concorsi. Se vi fossero medici che desiderassero assumere l'interinato sono pregati di rivolgersi a detto Ufficio. Saranno preferiti, per desiderio delle Amministrazioni Comunali, i medici settentrionali».

Diffide.

Nuove diffide: provincia di Venezia, Predore (Bergamo), consorzio Falmenta (Novara), S. Giovanni della Vena e Sassetta (Pisa), Scandiano (Reggio Em.). È mantenuto il blocco della provincia di Reggio Em.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con recente decreto Re Alberto del Belgio ha concesso l'alta onorificenza di ufficiale della Corona di Leopoldo al prof. Giovanni Masnata, di Stradella, per le benemerenze da lui acquistate nella qualità di tenente colonnello medico alla fronte belga.

In pari data i dottori Ernesto Bottini e Carlo Codecà, di Stradella, già capitani medici, venivano insigniti della Croce di Guerra belga.

Il prof. dott. Giuseppe Cavallaro, libero docente, incaricato dell'insegnamento della stomatologia nel R. Istituto di Studi Superiori di Firenze, su proposta di S. E. il Presidente del Consiglio, è stato nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.

Il dott. Antonio Scuteri è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia per le sue benemerenze militari e civili.

Il prof. Uhlenhuth, che rinunciò ad occupare a Berlino la cattedra d'Igiene, alla quale era chiamato, per insufficienza degli emolumenti, è chiamato a dirigere l'Istituto di Medicina sperimentale di Marburgo. Alla Sezione sierodiagnostica dello stesso Istituto è chiamato il prof. Dold, dall'Istituto di terapia sperimentale di Francoforte.

MEDICINA SOCIALE

L'assicurazione malattie in Inghilterra

Come una bomba, è scoppiata in Inghilterra la notizia che il ministro della Salute, sir Alfred Bond, intende ridurre le quote corrisposte ai medici che prestano servizio di assicurazione-malattie.

Date le condizioni disagiate del bilancio, il Governo intende realizzare delle economie e comincerebbe dal Ministero della Salute, il quale non è stato mai troppo popolare. A sua volta il Ministro responsabile comincerebbe non già dagli alti papaveri del Ministero, che pure assorbono molto denaro, ma dai medici, poichè si ritiene generalmente che questi guadagnino troppo in regime assicurativo (possono introitare fino ad un massimo di 150,000 delle nostre lire, senza contare l'esercizio libero) e rendano poco.

Quando cominciò ad applicarsi la legge, la quota di capitazione venne fissata in scellini 7 ½; poi fu portata a 11; ora si vorrebbe ridurla a 9, correlativamente alla riduzione generale dei salari: ciò permetterebbe di realizzare un'economia di 2 milioni di sterline (1/5 di miliardo della nostra valuta).

I medici hanno considerato la proposta come un'ingiuria ed un atto di ostilità. Essi fanno considerare che i loro introiti non sono netti, ma gravati dalle spese per un'abitazione decorosa (con annesso gabinetto da visita, sala di aspetto, ecc.), per i mezzi di trasporto, per gli strumentari, i libri e le riviste, senza considerare le tasse che riassorbono buona parte degli introiti.

Dei due massimi giornali medici inglesi il *Lancet* ha assunto un'attitudine di arrendevolezza; invece il *British* è intransigente. Secondo il *British*, ciò che si deve riformare non è già la retribuzione dei medici, i quali lavorano onestamente e attivamente a servizio delle assicurazioni, ma la retribuzione dei parassiti burocratici, che vivono sul margine delle assicurazioni e ne sgretolano i bilanci: fondi enormi vanno così dilapidati I medici potrebbero adattarsi alla riduzione della loro quota, solo se l'ascia ministeriale tagliasse nel vivo anche la foresta degli abusi.

Se i medici venissero in blocco nella decisione di rifiutare la loro opera alle nuove condizioni, ne verrebbe un arresto dell'assicurazione malattie in Inghilterra.

L. V.

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di perfezionamento in clinica ostetrico-ginecologica.

Nell'anno scolastico 1921-22 avrà luogo, per i Laureati in Medicina e Chirurgia, presso la Clinica ostetrico-ginecologica della Università di Roma, al Policlinico Umberto I, un Corso di Perfezionamento in Clinica ostetrico-ginecologica.

Il Corso s'inizierà il 10 gennaio 1922 e durerà sino al 31 maggio: saranno impartiti i seguenti insegnamenti:

1) Conferenze cliniche di ostetricia e ginecologia;

2) Diagnostica, igiene e terapia ostetrica e ginecologica;

3) Esercitazioni cliniche.

Alla fine del Corso, quelli che l'avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova di esame, riceveranno un Diploma di perfezionamento in Clinica ostetrico-ginecologica. Per esservi ammesso si deve fare domanda su carta bollata da L. 1.15 al Rettore della R. Università, presentando:

a) Fede di nascita debitamente legalizzata dal presidente del Tribunale;

b) Diploma o certificato di laurea in Medicina e Chirurgia (anche di Università estere);

c) Quietanza di L. 300 rilasciata dall'Economo della R. Università. Si dovranno pure versare nella Cassa Universitaria L. 78.90 occorrenti per sopratassa di esame di diploma, per gli esercizi di Laboratorio, per bollo e indennità. Per ritirare il Diploma gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta bollata da L. 1.15 e versare alla Cassa Universitaria L. 10.60.

Le iscrizioni si ricevono fino a raggiungere il numero di 60 e non oltre il 20 dicembre 1921.

Corso di perfezionamento in " Medicina del lvaoro „

Presso gli Istituti di Clinica Medica, di Igiene e Medicina Legale della R. Università di Roma, sotto la direzione dei professori Ascoli, Ottolenghi e Sanarelli si svolgerà per l'anno accademico 1921-22 un Corso di perfezionamento, che avrà lo scopo

di fornire ai Medici le nozioni più indispensabili per l'esercizio della professione medica presso gli stabilimenti industriali, le ferrovie, i lavori agricoli, gli istituti assicuratori per quanto riguarda la Patologia, l'Igiene, la Legislazione e la Medicina legale del Lavoro.

Il Corso si svolgerà con lezioni, colloqui, dimostrazioni ed esercitazioni pratiche e conferenze. Si terranno i seguenti insegnamenti:

Patologia e clinica del Lavoro (proff. Ascoli e Ranelletti); Igiene generale del lavoro (proff. Sanarelli e Puntoni); Legislaz. del lavoro e Igiene industriale (prof. Loriga); Patologia chirurgica del lavoro (prof. Diez); Medicina legale generale (professor Ascarelli); Infortunistica medico-legale (prof. Ottolenghi); Conferenze sulle varie specialità, dei prog. Alessandri, Ascoli, Baglioni, Bignami, Chiavaro, Cirincione, Dalla Vedova, De Sanctis, Ducrey, Ferreri, Gaglio, Ghilarducci, Marchiafava, Mingazzini, Pestalozza, Zeri.

Il Corso avrà principio il 16 gennaio 1922 e avrà la durata di tre mesi. Alla fine del Corso, a quelli che lo avranno frequentato assiduamente e avranno superato le relative prove di esame, sarà assegnato un Diploma di perfezionamento.

Per esservi ammessi, si deve fare domanda su carta da bollo di L. 1 al Rettore della R. Università, non più tardi del 15 gennaio 1922, presentando:

a) Fede di nascita, debitamente legalizzata dal Presidente del Tribunale;

b) Diploma o certificato di Laurea in Medicina e Chirurgia (anche di Università estere);

c) Quietanza di L. 250 rilasciata dall'Economo della R. Università.

Si dovranno pure versare nella Cassa Universitaria L. 78.90 occorrenti per sopratassa d'esami, per gli esercizi di laboratorio, per bollo ed indennità.

Per ritirare il diploma, gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta bollata da L. 1 e versare alla Cassa Universitaria L. 9.80.

Le iscrizioni si ricevono fino al 27 dicembre 1921.

Laboratorio Neuschüler.

L'Opera «Il Faro d'Italia» per la prevenzione della cecità e per la protezione dei ciechi, presieduta da miss Winifred Holt, eretta in ente morale con recente decreto, ricevendo in dono ed assumendo l'amministrazione del Laboratorio Romano dei Ciechi (in via Aracoeli, n. 59-60) ha deliberato, per onorare il suo fondatore, di intitolare con il nome di Alfonso Neuschüler il Laboratorio stesso e di versare la somma di L. 100,000 per l'incremento della benemerita istituzione che tanto giovamento arreca alla redenzione morale, economica e sociale della classe dei ciechi.

Statistica dei prodotti chimico-farmaceutici.

Il Ministero d'Industria e Commercio va raccogliendo i dati statistici sulla produzione e sul commercio di ciascun prodotto chimico-farmaceutico e li pubblicherà nel prossimo anno in volume

Per la esportazione dei nostri prodotti sono in via di attuazione accordi internazionali che debbono consentire un trattamento di reciprocità in tutti quei paesi dai quali noi riceviamo specialità farmaceutiche.

Settimo centenario dell' Università di Padova.

Vengono organizzate feste solenni, da tenersi nella prossima primavera, per il VII Centenario del glorioso studio Patavino. Presidente del Comitato esecutivo è il prof. Lucatello e membri due Professori di ogni Facoltà.

Censimento della popolazione in Inghilterra.

Già dai primi risultati delle operazioni di censimento risulterebbe che la popolazione è aumentata di quasi due milioni dal 1911 al 1921 (da 40,831,946 a 42,467,530); riguardo ai sessi si hanno *uomini* 20,430,623, *donne* 22,336,907: le donne superano dunque gli uomini di circa 2 milioni.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ALFIERI EMILIO. *La terapia chirurgica dei fibromiomi uterini.* Atti XX Cong. Ostetricià, 1920.

MAZZOLANI D. A. *Il bagno di mare a Tripoli.* — Tripoli, Stab. Ed. «Nuove Arti Grafiche», 1921.

ID. *L'assistenza sanitaria alle malattie infettive e infettivo-contagiose a Tripoli.* — Tripoli, Stab. Edit. «Nuove Arti Grafiche», 1921.

MUGGIA ALBERTO. *Lo «shock» anafilattico in terapia infantile.* — Milano, Coop. grafica degli Operai, 1921.

AGOSTINI CESARE. *Sindromi pseudo parkinsoniane da encefalite epidemica.* — Perugia, Tip. Perugina, 1921.

MONDIO ENRICO. *Contributo allo studio delle psicosi da Basedow.* — Napoli, Tip. dello Studium, 1920.

Atti del II Congresso della Federazione nazionale dei Medici chirurghi liberi professionisti. — Milano, Coop. grafica degli Operai, 1921.

MODINOS P. *Une nouvelle Théorie sur l'Etiologie de la Pellagre et son traitement.* — Alexandrie, Fratelli Ventura, 1921.

CREPIEUX JANIN J. *Les bases fondamentales de la Graphologie et de l'Expertise en écritures.* — Paris, Felix Alcan, 1921.

IERONS CESARE. *Venticinque anni di terapia lecitinica.* — Roma, Istit. Naz. Med.-Farmacologico, 1921.

FIORITO GIUSEPPE. *La capsula batterica ed il suo significato.* — Roma, Tip. Cartiere Centrali, 1921.

TANFANI GUSTAVO e MASCHIO VITTORIO. *Contributo allo studio della encefalite epidemica.* — Ferrara, Ind. graf. italiane, 1921.

CASSANELLO RINALDO. *Prolasso attraverso l'ano del sigma colico invaginato per un lipoma sottomesso peduncolato.* — Napoli, E. N. Muca, 1921.

AGOSTA ALDO. *La sifilide nervosa e la sua cura.* — Treviglio, Tip. Sociale, 1921.

ID. *Sindrome del ganglio genicolato.* — Milano, Antonio Cordani, 1919.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Revista española de Medicina y Cirugia, agosto. — G. RIBAS. Il tamponamento intrauterino nelle emorragie da inserzione bassa della placenta.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 28 agosto. — B. MAGGESI. Periostite pieroscolica simulante una sinusite frontale.

Annali d'Igiene, sett. — G. VOLPINO e G. GRAZIADEI. Reperti microscopici nell'encefalite letargica. — V. PUNTONI. Aggiustamento della reazione nei mezzi nutritivi per batteriologia.

Folia Medica, 15 sett. — S. SCALA. Effetti della castrazione sulla tiroide.

Medical Record, 24 sett. — E. N. BOUDREAU. Lo stato presente della terapia intraspinale della neurositilide.

Surgery, Gyecology and Obstetrics, ottobre. — H. OKABAYASHI. Isterectomia addominale radicale per il cancro della cervice uterina; modificazione dell'operazione di Okabayashi. — E. KLEIN. Embolismo e trombosi dell'arteria meseraica superiore.

The Journal of the American Medical Association, 1° ott. — D. MARINE e O. P. KIMBALL. Profilassi del gozzo endemico. — E. MOSCHOCOWITZ. Ipertensione con lesioni renali minime.

La Vie Médicale, 7 ott. — Numero sul trattamento e la profilassi della sifilide.

Wiener Klinische Wochenschrift, 13 ott. — J. PAL. Rene arteriosclerotico e rene grinzo.

La Presse Médicale, 12 ott. — E. SERGENT. L'insufficienza surrenale innanzi alle critiche dei fisiologi.

Gazette des Hôpitaux, 11 e 13 ott. — H. ROGER. La lingua nera villosa.

La Riforma Medica, 15 ott. — G. PICCINNINO. L'elettropuntura nella cura delle malattie spinali.

Berliner Klinische Wochenschrift, 17 ott. — H. MAAS. Sulla teoria del rachitismo.

Journal des Praticiens, 15 ott. — Le due stitichezze: dischesia e S. I. C. (stasi intestinale cronica, morbo di Lane).

Rivista di Clinica Pediatrica, agosto. — D. CAFFARENA. Reazioni agglutinanti di gruppo nell'infezione tifosa dei bambini. — A. F. CANELLI. Sulla latto-terapia nel tifo e nel paratifo.

Archivos Rio Grandenses de Medicina, 3-4. — F. SARMENTO LEITE. Il coma nelle auto-intossicazioni.

Acta Dermato-Venereologica, 2. — J. PAPAGAY e P. G. RINSEMA. Le iniezioni sottocutanee di sulfarsenol nella sifilide. — L. ARZT. Differenziazione delle malattie cutanee granulomatose. — H. E. MICHELSON. Dermatosi da polvere di grano.

Giornale di Clinica Medica, 20 sett. — G. POGGIO. Sistematopatie dell'apparato linfatico.

La Presse Médicale, 19 ott. — G. MOURIQUAND Azione eutrofica dell'alimento fresco.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 21 ott. — A. POEHLMANN. La nuova reazione di Dold nella sifilide. — E. TOENNIESSEN. Costituzione e stato generale.

Revista Clinica, agosto. — MONTOVA y FLOREZ. La deformazione artificiale del cranio negli antichi aborigeni della Colombia.

The Journal of the American Medical Association, 8 ottobre. — L. F. BARKER, G. W. CRILE, H. F. HELMHOLZ. Sul valore dei medicinali.

Pàris Médical 22 ott. — THIEBERG e RABAUT. Eruzione papulosa e pruriginosa primaverile delle mani. — TERRIEN. I piccoli segni oculari del diabete. — BLECHMANN. La profilassi del morbillo.

Wiener Klinische Wochenschrift, 20 ottobre — L. BERCZELLER. Sulla valutazione biologica degli alimenti. — H. NEUBERGER. Sull'operazione Bassini.

Berliner Klinische Wochenschrift, 24 ott. — A. ZIMMER, E. L. MOLNAR. Sul trattamento del reumatismo articolare cronico.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXVIII Roma, 12 Dicembre 1921 Fasc. 50

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

La gastroenterostomia con esclusione del piloro alla Parlavecchio nel carcinoma gastroenterico. (1)

Contributo clinico

pel dott. G. CAMINITI-VINCI
chirurgo primario dell'Osped. Civico Piemonte in Messina.

Nei casi di carcinoma gastro-pilorico, quando per lo stato di debolezza generale dell'infermo e per la diffusione e metastasi del processo neoplastico è controindicata la gastrectomia, si deve ricorrere all'operazione palliativa della gastro-digiunostomia.

Per tenere in piena efficienza il neostoma, e per evitare la continua irritazione prodotta dal passaggio dei succhi gastrici attraverso la regione ammalata, è necessario completare l'operazione suddetta con la esclusione del piloro. Con questa si isola e si mette in riposo assoluto la porzione pilorica affetta dal tumore e forse si agevola quella *regressione spontanea* del tessuto canceroso sostenuta dal Pertersen e da Kahlden.

Per seguire questo concetto terapeutico è necessario che la detta esclusione sia attuata in una maniera molto semplice senza dissezioni e resezioni come avviene coi varii metodi di esclusione eseguiti da Eiselaberg, Doyen, Kocher, Biondi, Schiassi, ecc., fino al più recente eseguito da Georgesco di Bucarest (*Presse méd.*, genn. 1921) a modifica di quello del Biondi.

Tutti questi metodi sezionanti riescono più o meno aggressivi e quindi complicano l'operazione principale ed i suoi pericoli, tanto maggiori in quanto si tratta di ammalati che spesso si operano in condizioni veramente disperate.

Sono egualmente da rigettare i metodi di esclusione del piloro con plastiche secondo Doyen, Mayo, Koerte, Wilny, Mariani, Girard, Tappeiner, Polya, ecc. perchè anche essi prolungano l'operazione, aumentano il trauma e non sono di esito sicuro.

Rimangono così i metodi di legatura, fra i quali, tolti quelli eseguiti con fili di seta o d'argento troppo taglienti, l'unico che l'esperimento e la clinica han dimostrato di risolvere il problema dell'esclusione col minimo trauma e col massimo rendimento è il metodo del Parlavecchio. Esso ormai ha resistito alle critiche infondate mosse da varii Autori ed i casi clinici, operati con successo, con questo semplicissimo metodo, ne sono la più valida conferma.

È noto come si esegue l'esclusione del piloro alla Parlavecchio.

(1) Comunicazione letta al VI Congresso Medico Siciliano in Palermo (23-26 apr. 1921).

Con un klemmers curvo si passa l'estremo di un nastro largo 15 mm. attraverso un'asola praticata nel grande e nel piccolo omento attorno al ventricolo, a monte della massa del tumore; si stringe il nastro tanto da occludere completamente il lume gastrico senza strozzare la circolazione ed i due capi si uniscono fra loro non col nodo, ma con sutura alla seta; il nastro si ricopre infine con varii punti sieromuscolari. Così in meno di cinque minuti viene eseguito un atto operativo di esito sicuro, senza alcun notevole traumatismo come avviene con tutti gli altri metodi.

Eseguita così rapidamente la esclusione del piloro, si passa alla gastrodigiunostomia posteriore retrocolica verticale alla Petersen col metodo di Ricard e Chévrier, che secondo me è preferibile agli altri metodi di gastro-enterostomia perchè agevola lo svuotamento della cavità gastrica ed impedisce il rigurgito della bile nello stomaco.

Seguendo i suddetti metodi, ho operato nel mio Reparto di Chirurgia dell'Ospedale civile di Messina cinque casi di carcinoma gastropilorico.

In tutti ho usato la puntura lombo-dorsale di Jonnesco con soluzione di novocaina 5 % impiegandone 10-12 cg., con esito positivo.

Dei casi surriferiti posso dare notizia dell'esito lontano di tre soli.

Gli altri erano guariti chirurgicamente e migliorati nello stato generale quando lasciarono l'ospedale; ma poi non ho potuto averne più notizie.

Ho avuto agio di seguire l'andamento del male nell'infermo Rosario A., di anni 63. Egli era un lavoratore infaticabile e dopo un mese dall'operazione si rimise al lavoro di contadino ed alle sue ordinarie alimentazioni senza accusare mai alcuna sofferenza. Dopo tre anni fu eseguita la radioscopia e il neostoma funzionava benissimo, mentre perdurava l'occlusione del piloro. Il tumore si sentiva alla palpazione molto ridotto. Nell'aprile del 1920 ho rivisto l'infermo che accusava dolori all'epigastrio; quivi infatti si riscontrava il tumore molto più esteso, durissimo, faciente corpo col fegato, specialmente con l'ala sinistra. L'infermo dimagrì rapidamente e morì sul maggio successivo, cioè dopo circa cinque anni e mezzo dall'operazione.

Ancora seguo gli altri due casi; il 4° ed il 5°. Quest'ultimo operato da 14 mesi l'ho incontrato in buono stato di salute e non è venuto a lagnarsi di disturbi, quindi devo supporre che sta bene. L'altro che è operato da 4 anni, l'ho rivisto qualche giorno fa. Nella regione pilorica, a destra della cicatrice laparotomica, si sente una certa resistenza indeterminata, non ben delimitabile, indolente. L'alimentazione si compie regolarmente; la donna è ben nutrita, soltanto dice di non poter fare pasti abbondanti perchè allora ha un senso di appanciamento. Alla radioscopia eseguita due giorni fa dal prof. Spagnolio si osserva che la pappa ingerita passa tutta per il neostoma e il passaggio per il piloro è completamente abolito; dapprima la massa nera viene spinta dai movimenti peristaltici verso la regione pilorica senza oltrepassarla, ma a poco a poco il ventricolo si svuota dalla parte bassa.

Sui casi da me riferiti trovo da fare poche considerazioni pel metodo operativo impiegato riguardo alla malattia e riguardo alla tecnica.

La gastroenterostomia è senza dubbio un'operazione palliativa nel cancro dello stomaco. È un'operazione di ripiego, di necessità, che ha la sua indicazione solo quando la gastrectomia è controindicata. Quest'ultima eseguita a tempo, quando il male è limitato e l'estirpazione si può fare *in toto*, cadendo su le parti sane, può dare la speranza di una recidiva molto lontana.

Infatti se diamo uno sguardo ad alcune statistiche personali, che sono le più attendibili, vediamo che con la gastrectomia Czerny su 52 guariti ha una media di sopravvivenza di 600 giorni e un massimo di 9 anni e mezzo (un solo caso); Kocher su 140 casi di resezione ne ha 10 operati da più di 5 anni; Tuffier ha un solo caso che ha oltrepassato i 5 anni (seguito fino a 6 anni).

Di fronte a questi risultati è confortante l'esito ottenuto nei miei casi dei quali uno è morto dopo 5 anni e 4 mesi dall'operazione ed un altro dopo circa 4 anni è vivente ed in ottima salute.

Riguardo alla tecnica dell'operazione debbo far rilevare che questi due ultimi casi sono la prova più certa e più dimostrativa della bontà del metodo del Parlavecchio per la esclusione del piloro, poichè a distanza di 4 anni dall'operazione si è potuto controllare con la radioscopia la persistenza della esclusione e la piena funzione del neopiloro.

Messina, 22 aprile 1921.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA.
VIII PADIGLIONE. Primario: prof. A. CARDUCCI.

Sindrome di pancreatite cronica consecutiva ad ulcera gastrica

per il dott. BERNARDINO MASCI, aiuto.

Quello dell'ulcera gastrica è un argomento così prediletto per i chirurghi sopratutto, che si può affermare che non esista autore di valore che non se ne sia occupato. I diversi gradi di sviluppo dell'ulcera, dalla forma iniziale, rilevabile come un semplice ispessimento localizzato della parete gastrica alla forma callosa a bordi ispessiti e duri come cartilagine che riposano sopra una base egualmente indurita, all'ulcera terebrante aderente che, raggiungendo un organo vicino (pancreas, fegato), se ne serve come fondo o addirittura vi penetra, all'ulcera perforante libera, che rompendo le pareti gastriche s'apre direttamente nel peritoneo, provocando una peritonite purulenta o un ascesso perigastrico, sono perfettamente noti a qualunque modesto cultore di patologia gastrica. Le emorragie, talvolta in forma profusa ed allarmante (ematemesi, melena), talaltra in forma di stillicidi occulti scoperti solamente con l'analisi chimica o microscopica delle fecce; la trasformazione neoplasica dell'ulcera, sopratutto della forma callosa; le stenosi cicatriziali piloriche e mesogastriche (stomaco a clessidra); le cicatrici non stenosanti, punto di partenza di riflessi spasmodici o di una degenerazione cancerigna; la perigastrite plastica; la comunicazione dello stomaco con l'esterno o con un organo vicino, sono altrettante complicazioni croniche sulle quali è stata richiamata da tutti l'attenzione. Il risentimento da parte del fegato e delle vie biliari (sensazioni dolorose all'ipocondrio destro, coliche, itterizia) quando l'ulcera terebrante aderente affondandosi in questi tessuti vi provoca stiramenti, stenosi, retrazioni cicatriziali, benchè complicazione molto rara, pure di tanto in tanto è stata riscontrata.

Il pancreas, che degli organi perigastrici è quello che più frequentemente offre il suo corpo al fondo dell'ulcera e con questa contrae intimi rapporti, in genere non compartecipa in modo sensibile al processo morboso del vicino organo e funzionalmente rimane muto di fronte all'invasione. Avendo osservato un caso in cui l'ulcera gastrica si complicava con alterazioni del pancreas, le quali erano così profonde da prendere quasi intero il sopravvento, dal punto di vista clinico, sull'ulcera stessa, mi propongo di succintamente farlo noto.

Scheda N. 3447. A... S..., di anni 29, muratore, entra nell'ospedale il 22 aprile 1921. Con anamnesi familiare e personale negativa, non commettendo mai abusi, non contagiandosi di lue, visse in buone condizioni di salute fino all'età di 18 anni, quando cominciò a soffrire di dolori all'epigastrio che comparivano 3-4 ore dopo aver mangiato e si calmavano con l'introduzione di nuovo cibo nello stomaco. Il 23 luglio 1912, mentre era intento al lavoro, fu improvvisamente colpito da un dolore vivissimo, come pugnalata, all'epigastrio. All'ospedale di S. Antonio, dove fu subito trasportato, per gli antecedenti anamnestici e per la sintomatologia di una peritonite acuta in atto, fu sottoposto a laparotomia con diagnosi di ulcera duodenale perforata. Si trovò, infatti, una ulcera grande quanto un centesimo, perforata, nella prima porzione del duodeno. Essa fu suturata e la cavità peritoneale drenata all'ipogastrio. Il decorso post-operatorio, ove si prescinda da una pleurite essudativa complicante, fu buono: l'infermo potè lasciare guarito l'ospedale dopo un mese dall'atto operativo.

Senonchè, dopo appena 6 mesi, ricomparvero i dolori della fame con gli stessi caratteri e con la medesima intensità di prima. Pur di recuperare la salute, si sottopose, nel luglio 1913, ad un nuovo intervento chirurgico, che consistè nella gastro-enterostomia e nella esclusione del piloro mediante legatura con una bandeletta di periostio tolta dalla tibia. Questa operazione, però, lungi dall'apportare l'invocato miglioramento, peggiorò le condizioni: senso di peso all'epigastrio, dolore dopo l'ingestione dei cibi, eruttazioni acide, frequenti vomiti, stipsi, qualche volta ematemesi e melena, furono i disturbi che le tennero dietro. Non potendo resistere a questo stato di cose, si sottomise ad un terzo atto operativo, che consiste però nella semplice rimozione di briglie stenosanti ed aderenze, essendosi constatato il perfetto funzionamento della bocca gastro-enterostomica. Il vantaggio questa volta fu effettivo e l'infermo potè tornare in breve tempo all'usato lavoro senza avvertire più fastidi di sorta.

Torna ora all'ospedale, perchè da un mese ha continui dolori addominali, diarrea, disappetenza, si sente assai fiacco, si è notevolmente dimagrato e anemizzato, urina poco, si affanna al minimo sforzo, non si regge più in piedi.

L'*esame obbiettivo* al momento dell'ingresso nell'ospedale dà il seguente reperto:

Condizioni generali di nutrizione molto scadenti. Sensorio integro. Decubito preferito sul dorso. Costituzione scheletrica regolare. Masse muscolari ipotrofiche e flaccide. Pannicolo adiposo quasi completamente scomparso. Cute e mucose intensamente pallide. Sulla cute del viso vi è un leggero fondo bronzino. Assenza di edemi e di pigmentazioni cutanee e mucose. Nelle comuni stazioni linfatiche si palpano piccole glandole senza caratteri speciali. Pupille uguali e reagenti alla luce e all'accomodazione. Lingua umida, detersa. Nulla alle fauci. Polso uguale, ritmico, piccolo, ipoteso, di frequenza 90. Respiro 18. Temperatura afebbrile.

Collo: nulla.

Torace notevolmente scarno con fosse sopra- e sottoclavicolari, sopra e sottospinose egualmente pronunciate, spazi intercostali ampi, e sottoclavicolari, sopra- e sottospinose eguali le da ambo i lati; tipo respiratorio toraco-ad-

Polmoni: apici e margini inferiori alla normale altezza; entrambi i margini inferiori si espandono bene; il fremito vocale tattile si trasmette ovunque normalmente; alla percussione si ha su tutto l'ambito suono chiaro polmonare; all'ascoltazione si ode ovunque murmure vescicolare normale senza rumori accessorî.

Cuore: la punta non è visibile nè palpabile; con la percussione si delimita al 5° spazio intercostale sinistro all'interno dell'emiclaveare; non si palpano fremiti; il cuore destro non deborda dalla marginale dello sterno: i toni sono deboli, ma netti.

Addome: si presenta tumido specie nei quadranti superiori con cicatrice ombelicale spianata. Sulla linea mediana si riscontrano due cicatrici da interventi chirurgici. l'una sulla linea xifo-ombelicale, l'altra sulla linea ombelico-pubica. Assenza di reticolo venoso. Non esistono zone di iperalgesia. La palpazione provoca un risentimento doloroso diffuso ed un vero dolore in corrispondenza della parte destra dell'epi- e mesogastrio. Non si sentono tumefazioni. Non esistono punti dolorosi dorsali. Alla percussione si ha ovunque suono timpanico. Assenza di liquido.

Fegato: respinto in alto dal meteorismo, si presenta di grandezza normale.

Milza: nei limiti.

Reni: non si palpano.

Genitali: sani.

Sistema nervoso: nessuna alterazione motoria e sensitiva; riflessi cutanei, mucosi e tendini in ordine.

L'esame delle urine non fa vedere nulla di particolarmente notevole: quantità delle 24 ore cmc. 1300; reazione acida; densità 1020; albumina e zucchero assenti; indacano presente; sedimento negativo.

L'esame del sangue dà soltanto un'anemia secondaria.

La reazione di Wassermann è negativa.

La prova delle emorragie occulte praticata sulle fecce con i metodi di Weber e Meyer è negativa.

All'esame radiologico del tubo digerente, previa assunzione di pasto opaco, l'infermo recisamente si oppone per le troppe sofferenze addominali.

Decorso morboso. — Durante tutto il tempo della degenza nell'ospedale la sintomatologia presentata dall'infermo ebbe un aspetto piuttosto uniforme. Ad ogni ingestione di cibo, anche in proporzioni minime e di qualità facilmente digeribile, seguivano dolori addominali, con il massimo d'intensità in corrispondenza della parte destra dell'epi- e del mesogastrio: l'addome si tumefaceva, diventava meteorico, insorgevano senso di oppressione e ambascia respiratoria, finchè, con una scarica alvina abbondante, i disturbi si mitigavano. Le fecce avevano proprietà caratteristiche: venivano emesse una o due volte al giorno, sempre in quantità strabiliante, straordinariamente sproporzionata alla quantità di cibo assunto; avevano consistenza poltacea, colorito uniformemente cretaceo come il mastice dei vetrai, lucentezza speciale, odore fetido, reazione acida. In esse l'esame microscopico dimostrò la presenza di grassi e acidi grassi in quantità anormale.

A peggiorare sensibilmente le condizioni del paziente si aggiunse, il 19 maggio, una forte emorragia nel tubo digerente, rivelatasi in forma di melena e di ematemesi.

Con dolori addominali quasi continui aggravati dalle poche cucchiaiate di vitto liquido assunto malgrado la invincibile assoluta anoressia; sempre emettendo grande quantità di fecce cretacee, lucenti e nauseabonde; con ambascia respiratoria quasi continua, polso frequente e vuoto, ipotermia, perdita progressiva delle forze, dimagramento estremo, pallore cereo della cute, sopraggiunse la morte l'11 giugno.

Reperto necroscopico. — All'anatomo-patologo il cadavere fu inviato con diagnosi di «ulcera duodenale: pancreatite cronica». L'autopsia dimostrò il buon funzionamento della bocca gastro-enterostomica, la cicatrizzazione di antica data dell'ulcera duodenale, la presenza sulla parte posteriore dello stomaco, presso il neo-piloro, di un'ulcera rotondeggiante, del diametro di uno scudo circa, a margini e fondo callosi, con il fondo solcato da arterie di calibro abbastanza grande, interrotte nella continuità, obliterate da trombi. Il fondo dell'ulcera si adagiava sulla testa del pancreas, fissato allo stomaco e facente corpo con esso. Tutta la testa del pancreas e la parte contigua del corpo avevano un aspetto bernoccoluto, irregolare, una consistenza notevolmente accresciuta, sclerotica. Alla sezione la consistenza era del tessuto fibroso, e degli spessi tramezzi madreperlacei circoscrivevano piccoli punti rosa, residui della glandola. Il dotto di Wirsung, specillato attraverso l'ampolla di Vater, era perfettamente pervio. Il fegato e le vie biliari non presentavano alterazioni di sorta.

L'esame microscopico permettè di completare lo studio della sclerosi pancreatica: in alcuni punti si aveva un ispessimento delle travate connettivali che separano i lobuli, con distanziamento e compressione di essi; in altri gli acini erano quasi totalmente distrutti e sostituiti da tessuto cicatriziale, con zone di lipomatosi e persistenza dei soli isolotti di Langerhans in mezzo al tessuto di sclerosi.

Questo caso è istruttivo:

1° perchè dimostra che, se la gastro-enterostomia ha favorito la cicatrizzazione dell'ulcera duodenale, non ha impedito che si sviluppasse *ex novo* un'ulcera nello stomaco; e ciò per la ragione che, praticando l'operazione di gastro-enterostomia, non si agisce sulla causa, ancora così problematica, dell'ulcera e che, questa causa persistendo, altre ulcere possano prodursi;

2° perchè dimostra che il fondo calloso dell'ulcera, prendendo intimi rapporti con la testa e con parte del corpo del pancreas, vi ha

provocato un processo infiammatorio interstiziale, con proliferazione del connettivo e strozzamento del tessuto nobile secernente;

3° perchè, malgrado che la sclerosi fosse limitata alla testa del pancreas e rimanessero integre buona parte del corpo e la coda e fosse pervio il dotto di Wirsung, si è sviluppata in un modo eclatante la sindrome dell'insufficienza pancreatica esterna, portando a morte il paziente con i fenomeni dell'esaurimento progressivo delle forze;

4° perchè la secrezione interna del pancreas, per relativa incolumità delle isole di Langerhans, non ha sofferto in modo tale almeno da rivelarsi ai nostri mezzi diagnostici.

È sopratutto sul rapporto esistente fra ulcera e pancreatite e che segna un contributo nuovo all'etiologia e patogenesi della pancreatite cronica, che va sopratutto fissata l'attenzione.

Le infezioni acute (tifo, colera, pneumonite, febbri eruttive, ecc.), le infezioni croniche (tubercolosi, sifilide, malaria [Lancereaux]), l'infezione canalicolare legata a litiasi pancreatica, l'infezione ascendente consecutiva alla litiasi biliare — entità morbosa bene individualizzata e la cui frequenza sembra considerevole —, le intossicazioni (uremica, alcoolica), la sclerosi dei vasi, le malattie proprie della glandola (cisti, cancro della testa, ecc.), figurano fra le cause abituali della pancreatite cronica; malattia rara, che ordinariamente si rinviene come reperto fortuito di autopsia, e di cui i sintomi, quando esistono, di solito sono di natura così equivoca, che la diagnosi non può essere che di probabilità.

L'ulcera callosa o terebrante dello stomaco, di cui il fondo si fissa strettamente al pancreas, provoca in questo un processo infiammatorio interstiziale, che tende a limitare e ad arrestare il progredire della lesione dal lato di questo viscere. Il più delle volte il processo reattivo è superficiale e strettamente limitato al fondo dell'ulcera, dove si forma una placca o una corazza alla superficie della glandola; ma può avvenire che intere porzioni siano distrutte per digestione o per gangrena e che frammenti voluminosi se ne stacchino e cadano nella cavità dello stomaco. Ad ogni modo rimane sempre una parte della glandola anatomicamente e funzionalmente integra, che basta a produrre la quantità di succo necessaria alla digestione degli alimenti, per cui, come nella grande maggioranza dei casi di pancreatite cronica, la lesione decorre inavvertita, latente. Anche nel caso che esistano alterazioni gravi a carico del pancreas, le supplenze digestive estese dei differenti visceri spesso non permettono alla insufficienza funzionale della glandola di manifestarsi in modo evidente.

Questa, invece, nel nostro caso si è presentata nella sua classica e patognomonica integrezza, quale non accade di osservare quasi mai. L'invincibile inappetenza, le gravi turbe digerenti, le crisi dolorose diffuse a tutto il ventre, la quantità straordinaria di fecce emesse ad ogni evacuazione, il colorito di mastice, la consistenza poltacea, la fetidità di esse, la stearrea, la secchezza e la poca elasticità dei tegumenti, il colorito bronzino della cute del viso, la invincibile sonnolenza nei momenti di tregua del dolore, il rapido dimagramento, la estrema debolezza, erano sintomi così precisi di pancreatite o meglio di insufficienza pancreatica esterna, che non abbiamo sentito affatto il bisogno di ricorrere, anche per un riguardo all'infermo, a tutta quella serie di prove speciali (di Schmidt, di Sahli, di Volhard, di Cammdge, ecc.), che sono state proposte per saggiare la funzionalità del pancreas. D'altra parte, la midriasi adrenalinica (reazione di Loewi) fu nettamente positiva; la prova dell'amilasi nelle urine (reazione di Wohlgemuth) dette un aumento di escrezione di essa attraverso questa via; si potè anche mettere in evidenza una deficienza nella digestione delle proteine (creatorrea), poichè all'esame microscopico delle feci si rinvennero molte fibre muscolari della carne introdotta col cibo mal digerite e con la striatura ben visibile al microscopio.

Nella mancata sinergia funzionale digestiva dei differenti visceri, più che nella gravità della lesione pancreatica, si devono, secondo noi, ricercare la gravezza dei sintomi e l'esito rapidamente letale del morbo. L'infermo aveva subito l'operazione di gastro-enterostomia in un con l'esclusione del piloro: perciò, la mancata digestione peptica degli ingesti, la contemporanea diminuzione della secrezione esterna del pancreas in dipendenza dell'insufficiente produzione di secretina di Bayliss e Starling dalla mucosa duodenale in seguito ad escusione del piloro, sono i principali fattori che, congiunti con la ulteriore diminuzione di secrezione della glandola pancreatica legata al processo sclerotico indotto dall'ulcera gastrica, spiegano le gravi turbe digerenti e spiegano anche come la secrezione pancreatica interna non abbia subìto alcuna alterazione.

Luglio 1921.

NOTE E CONTRIBUTI

Atonia muscolare laringea in soggetto malarico.

Dott. GIOVANNI PANSINI.

Questa nota essenzialmente pratica è tratta dallo studio di casi seguiti fra i soldati del 9° Reggimento Fanteria e da recenti studii sulle nuove forme di malaria importate dall'Albania e Macedonia. La statistica di malaria in Italia occupa il primato fra tutte le nazioni d'Europa: e le nuove forme importate dai nostri bravi soldati reduci dall'Albania e Macedonia sono ancora poco note. La mia osservazione è stata attirata su un fenomeno strano che ho notato in un soggetto malarico.

Storia clinica. — D. G., di anni 30, contadino, da Lecce, si presenta alla visita medica il 13 febbraio 1920 essendo affetto da accessi di soffocazione. Anamnesi ereditaria negativa Nell'anamnesi remota nulla di notevole se si eccettuano i comuni esantemi dell'infanzia. Nega malattie veneree. Non bevitore, nè fumatore. Non ha abitato case umide. Dall'anamnesi prossima risulta di aver contratto la malaria in Macedonia dove ha prestato servizio militare. Riferisce che nei primi di febbraio 1920 fu colto improvvisamente da dolore costrittivo in gola, disfagia, voce quasi spenta e velata con accessi febbrili preceduti da brividi e seguiti da profusa sudamina. Accusa cefalea, senso gravativo ai globi oculari, prostrazione di forze, inappetenza, stitichezza, specie di soffocazione, che aumenta nell'acme febbrile.

Stato presente. — Scheletro regolare, nutrizione scaduta, cute pallida, colorito terreo caratteristico, non edemi, masse muscolari flaccide. P. 96. R. 24. Tm. 37°.5 alle ore 10 del mattino. Lingua con leggera patina, nulla al faringe. L'esame della retrobocca e del laringe con lo specchio di Clar e col laringoscopio non fece rilevare nessuna nota infiammativa della mucosa, non rossore, non edema, non catarro. non membrane, nè fluttuazioni ed edemi tonsillari, nè consistenza di tumori, nè presenza di corpi stranieri. Invitato il paziente a compiere i movimenti di deglutizione li compie a stento e con grande fatica. Collo, tiroide normali. Torace ampio, ben conformato, simmetrico, si espande bene. I margini pulmonari inferiori giungono a quattro dita dall'angolo scapolare inferiore, hanno escursioni normali. Gli apici alla stessa altezza a livello della prominente, diametri cucullari eguali. Non variazione di suono alla percussione comparata. Fremito conservato, murmure normale, non rumori patologici. L'ascoltazione è negativa. Il cuore non è ingrandito nè spostato, l'azione è ritmica, i toni netti, non rumori patologici. Polso ritmico, eguale a pressione media; normali i vasi venosi ed arteriosi. L'addome di volume e forma regolari, trattabile, indolente, non contiene liquido libero. Il fegato non è ingrandito, normale per consistenza. La milza si palpa a tre dita trasverse dall'arco costale, dura, dolente, in alto non si può delimitare a causa del meteorismo gastrico. Assenza di gangli linfatici in tutte le stazioni, comprese le epitrocleari. Nulla a carico del sistema nervoso centrale e periferico. Sensibilità superficiale e profonda conservata, mobilità attiva e passiva degli arti normale, la deambulazione ed il linguaggio normali. L'esame clinico e microscopico dell'urina è negativo. Positivo l'esame del sangue per la malaria, negativa l'emocultura. La reazione di Wassermann e la Sachs-Georgi sono negative. L'esame del sangue col Thoma e Zeiss dà: Emazie 2,000,000; Leucociti 10,000, Eb. 75 %. Alla conta differenziale (colorazione May Grünwvald-Giemsa) si trova: Granulosi polimorfo-nucleari: neutrofili 60%; eosinofili 0.6; basofili 0%; non granulari: monociti 38.5 %, linfociti 8.5 %. La puntura lombare dà liquido limpido a pressione normale. Nonne Appelt negativa. Cutireazione negativa. Esame dell'espettorato negativo. Negative le agglutinazioni macro- e microscopiche per il tifo, paratifo A, paratifo B e melitense. Febbre a tipo terzana remittente con sudori, la sera a 39°.6, la mattina a 37°. L'esame radioscopico del laringe negativo.

Diagnosi. — Atonia muscolare laringea in soggetto malarico. La stricnina, l'atropina, i colluttorii, le pennellazioni iodo-guaiacolate, il massaggio, la corrente faradica nessun benessere resero al mio paziente. Attivai la cura chininica per via ipodermica: immediatamente scomparvero gli accessi febbrili, la cefalea, la prostrazione e ritornò normale la funzione laringea.

Il nostro malato presentava dunque una classica sintomatologia malarica, febbre a tipo terzana remittente con sudori, leucocitosi, in un soggetto in discrete condizioni generali. Presenza dell'emosporidio della malaria nell'esame del sangue. Tutte le ricerche di laboratorio furono negative; il problema diagnostico era quindi molto circoscritto; il nostro soggetto era un malarico a tipo terzanario, che manifestava sulla sindrome fenomenica l'atonia dei muscoli laringei. Evidentemente questo fenomeno nel caso in oggetto è in diretto rapporto con la manifestazione termogenetica malarica,

per cui scompare a mezzo del chinino. Ribelle a qualsiasi trattamento terapeutico sintomatico, la voce del nostro infermo ricomparve con la cura specifica della malaria. Insomma, avuto riguardo alla correlazione stretta semeiologica, nonchè ai risultati terapeutici, tenuto conto dell'esame del sangue e radioscopico e dell'assenza assoluta di malattie a carico del laringe, ritengo che l'atonia dei muscoli laringei del nostro paziente è da considerarsi come uno dei tanti sintomi (benchè abbastanza raro) della infezione malarica. Che l'agente causale vi abbia agito per via emolinfatica o dei nervi, che esso si sia insediato nelle terminazioni nervose vagali, per inibire l'azione neuro-muscolare dei muscoli costrittori e dilatatori laringei; che debba ammettersi una speciale predisposizione del paziente in un *locus minoris resistentiae*, per il momento non ho potuto precisare; forse ulteriori ricerche, che mi riserbo di praticare, dilucideranno la patogenesi del sintoma. A me basta averlo notato e segnalato.

Luglio, 1921.

RIVISTE SINTETICHE.

KAISERIN ELISABETH SPITAL - WIEN.
Direttore: Hofrat dott. NOVAK.

L'odierno orientamento nella terapia del diabete

per il dott. G. AIELLO.

Forse, nel terreno della terapia, per nessun stato morboso si è tanto discusso — da oltre un secolo — come per il diabete mellito; anche nell'ultimo Congresso di medicina interna di Wiesbaden (aprile u. s.) varie sedute sono state dedicate alla discussione dello interessante tema — relatori v. Noorden e Minkowski — e se le numerose osservazioni cliniche, colle ricerche di laboratorio che ne hanno formato la base, non hanno condotto ad alcuna nuova cura, è certo però che si sono allontanati molti pregiudizi, fondati su teorie male accampate e pur lungamente in onore.

Oggi si è al punto di poter nutrire un diabetico, anche in stato avanzato, con relativa abbondanza e varietà di cibi, senza affamarlo (non torna più il detto di Bouchardat: manger le moins possible!) e senza costringerlo ad una alimentazione unilaterale (cura della carne di Cantani, della farina di grano di Bluw, del riso di v. During, delle patate di Mossé, Küsteen).

Anzitutto le importanti ricerche sul ricambio gassoso di Benedict e Joslin e quelle sul ricambio materiale di v. Noorden, hanno stabilito la necessità di una alimentazione non solo non inferiore alla normale, ma anche un po' più ricca di calorie: secondo v. Noorden bisogna calcolare almeno 35 calorie per ogni kg. di peso. Ma siamo adesso, in ogni caso, ben lontani dalle diete di fame, e dalle settimane di digiuno o quasi, delle cure di Allen e Guelpa, pur senza essere col Lépine che raccomandava di regolarsi coll'appetito del paziente.....

Passando alla composizione delle diete diabetiche, la questione che è stata sinora più controversa — quella della introduzione più o meno limitata di albuminoidi — può dirsi quasi concordemente risolta colla accettazione della teoria del Kolisch sulla formazione di zucchero dagli albuminoidi. Si è visto però — nelle ricerche di Falta e Gigou — che è diversa la sensibilità dei diabetici alla introduzione di albumina (aumentando colla gravità e la durata del caso) e che bisogna distinguere tra albumina vegetale ed albumina animale, essendo la prima molto meglio tollerata. A questo proposito ricorderemo che già da tempo il nostro De Renzi aveva raccomandato l'uso dei legumi verdi ed ora poi la scuola di v. Noorden ha generalizzzato l'uso dei Gemüsetagen (giorni a base di legumi, specie erbaggi; poco alcool e grassi).

La quantità oggi permessa di albumina, nelle diete diabetiche, può dirsi generalmente fissata in 1,2 g. di albuminoidi per kg. di peso del corpo, arrivando anche in certi casi, secondo v. Noorden, a 1,5-1,8 gr. Nelle diete prevalentemente a base di vegetali, sono sufficienti 0,4 di album. per kg. (Kolisch).

Una forte corrente di autori si è però da tempo manifestata favorevole alla sostituzione con idrati di C. degli albuminoidei, badando a non sovrapporre le due specie di alimenti. In Francia Labbé, Chauvois ed altri, in Italia il De Dominici, in Germania il Roth ed il Kolisch si sono manifestati per l'introduzione degli idrati di C. nella dieta dei diabetici, ma sempre con speciali precauzioni; ora il Falta ha pubblicato un grosso volume, con ampia messe di osservazioni, sulla «cura degli amilacei» (1) e nella prima parte di tale volume, dopo largo sunto della letteratura, viene constatato che oggidì non si è più, come una volta, severi nella introduzione degli idrati di C. e che occorre anche controllare il bilancio (entrata ed uscita) dell'azoto. Il Falta è

(1) W. FALTA. *Mehlfruchtekur bei Diabetes Mellitus*. Urban e Schwarzenberg, Berlin & Wien, 1921, pag. 388, Kr. 390.

convinto che la introduzione degli amilacei nella ordinaria dieta dei diabetici, in qualunque stadio, apporti dei notevoli beneficii, e primo quello di evitare o differire la comparsa dell'acidosi. Le cure che precorrono questa dal Falta introdotta, sono quella del Blum della farina di grano (Weizenmehlkur) e la cura dell'avena di v. Noorden, nonchè quella del riso di v. During, colla differenza però che tali cure avevano una durata limitata mentre — come ha fatto osservare il v. Noorden nella sua relazione a Wiesbaden — il Falta applicherebbe gli amilacei sistematicamente in ogni caso, e con continuità.

In quanto alla farina di avena, il cui effetto benefico sulla limitazione della escrezione di zucchero urinario fu per caso scoperto, si è creduto dapprima che avesse delle proprietà specifiche, poi che agisse aumentando la spessezza del filtro renale (Barrenscheen); ma per quanto finora la scuola del v. Noorden non sia riuscita a spiegarne il meccanismo, è rimasto indiscusso il suo impiego — specie per pochi giorni, generalmente tre — ai primi segni dell'acidosi.

Il Falta nel 1914 si propose di stabilire se si potessero impiegare anche altre specie di amilacei (farina di grano, tapioca, riso, semolino, ecc.), e non riscontrò differenze tra la azione di esse, cosicchè ritiene che non si debba ad esse preferire la farina d'avena, di cui non è chiara la speciale azione.

A mano a mano, il F. ha permesso, invece delle zuppe colle suddette farine, i purées, poi ha associato i legumi e poca carne, migliorando anche nella tecnica della somministrazione (ammettendo ad es. il risotto invece del riso, gli spaghetti e maccheroni in sostituzione delle farine ed un po' di pane). Riteniamo però che i migliori effetti si ottengono intercalando frequentemente dei giorni di stretta dieta, composta per lo più di prodotti di origine animale (Hauptkost di v. Noorden) e di legumi (Gemüsetagen) e praticando ogni 10 giorni una mezza giornata di digiuno (fino alle due del pomeriggio sole bevande e riposo a letto, e dopo le ordinarie somministrazioni).

Inoltre la cura non va applicata in tutti i casi di diabete, anche leggeri e di media gravità; la ritenne il v. Noorden (Congresso di Wiesbaden) preferibile nei casi avanzati.

Ecco schematicamente tre tipi della cura degli amilacei, ed in aggiunta i tipi di dieta che sono consigliabili per alternare.

I) *Giorno delle zuppe*: 2 caffè neri; 60 gr. di maccheroni in due zuppe; 2 purées di fagioli, lenticchie, ecc. di 30 gr. l'uno; 60 gr. di riso (semolino, farina d'avena, tapioca) in due zuppe. Ad ognuna delle 6 zuppe o purées si aggiungono circa 30 gr. di burro. Tra una zuppa e l'altra intervallo di 2-3 ore; vino della ordinaria dieta ospedaliera.. In tutto calorie 2880 e precis. 200 in albuminoidi, 350 in Idr. di C.; 350 in alcool; 1650 in grassi. Il peso degli alimenti è calcolato a crudo; se si vogliono somministrare patate, se ne calcolino 100 gr. (anche per purée, arrosto, ecc.) invece di una zuppa di 30 gr. di farine.

II) *Giorno misto legumi-amilacei*: 2 caffè neri - 2 zuppe da gr. 30 di riso, semolino, ecc. - 200 gr. di cavoli - 300 gr. di spinaci od altri erbaggi, badando di non oltrepassare, in totale, la quantità a crudo di gr. 600. - 25 gr. di pane ordinario. Burro per le verdure, zuppe e per il pane, gr. 200 in tutto.

III) *Giorno misto amilacei-carne-legumi*: 2 caffè - 100 gr. di carne - 400 gr. di verdure (in due volte) - 2 zuppe (come sopra) - pane 40 gr. in due volte. Burro gr. 200 in totale.

Dieta principale (*stretta dieta*) di v. Noorden: 2 caffè - 1-3 l. di latte; 2 brodi ristretti; 200 gr. di carne, 2 uova, 200 gr. di cavoli, 300 gr. di altri erbaggi, 200 gr. di grassi.

Giorno di legumi (*erbaggi*): 2 caffè, 1-3 l. di latte, 2 uova, 200 gr. di cavoli, 300 gr. di spinaci, altri 200 gr. di erbaggi, 200 gr. in grassi.

Giorno di digiuno: Brodi ristretti, The, Cognac (gr. 100), Caffè, Acque minerali.

Dieta di prova (all'entrata dell'infermo in ospedale, per saggiare la tolleranza, e da continuare per 3-4 giorni). Differisce dalla stretta dieta per l'aggiunta di 75 gr. di pane, da dividersi in tre volte e di 150 gr. di mele, od altra frutta non dolce.

***

A spiegazione dell'azione « paradossa » degli idrati di C. nella cura degli amilacei, il Falta crede che la si debba attribuire alla limitazione degli albuminoidi, che è implicitamente legata colle cure stesse. L'aumento nell'organismo del movimento di albumina (1) impedisce l'assimilazione degli idr. di C. (come l'abbassamento dello stesso movimento la fà progredire) cosicchè l'albumina deve avere sulla formazione di zucchero ancora un'altra azio-

(1) E da considerarsi « il movimento » degli albuminoidi nell'organismo e non l'introduzione di essi, perchè la tolleranza (e l'assimilazione) per i carboidrati dipende solo dall'*effettivo* movimento dell'albumina; di fatti l'albumina che viene immagazzinata, è senza effetto riguardo alla formazione di zucchero.

ne, oltre quella di fornire — colla sua distruzione — zucchero all'organismo. Quest'altra azione può, sembra al Falta, essere ricercata in un influsso sul movimento di zucchero della cellula, nel senso che il processo glicogenetico nella cellula viene aumentato colla contemporanea distruzione di albumina, e sappiamo per le osservazioni di Benedict e Joslin, confermate dallo Staehlin, che la distruzione di albumina è nel diabetico aumentata (v. Noorden ammette pure ciò, ma solo per influenza di irrazionale dieta). Se è pure, la distruzione di albumina, aumentata nei casi di coma, non si è ancora riusciti a stabilire.

Nei diabetici, colla distruzione dell'albumina introdotta è certo che, corrispondentemente al suo contenuto in N, sale la formazione di calore, e con ciò si rende più grave l'accumulo di idr. di C. Infatti mentre nei non diabetici si ha, in tal caso, un aumento del quoziente respiratorio, nei diabetici invece viene causato un aumento nella escrezione dello zucchero, restando il quoz. respiratorio invariato (1).

***

Ogni razionale trattamento dietetico è oltremodo difficile a mettersi in atto ed a mantenersi, ma sopratutto nel campo della terapia antidiabetica ogni schematismo è particolarmente dannoso. « Bisogna individualizzare », ha detto v. Noorden nell'ultima parte della sua relazione al Congresso di Wiesbaden, « nè sarò io ad indicarvi il metodo della scelta od un trattamento generale di elezione ».

E per indicare i pericoli di una falsa terapia ricorderemo le recenti esperienze dietetiche di Allen, su animali resi sperimentalmente diabetici; egli ha potuto osservare che — colla parziale estirpazione del pancreas — si ha, nel cane, un diabete di media e leggera gravità, ma a questo sopravviene — colla falsa dietetica sperimentale — una grave letale forma, che non è più suscettibile di trattamento. Così nell'uomo, una insufficienza pancreatica può essere di relativa buona natura e trattabile, pur dimostrando la funzionalità della glandola una grande labilità: se sopravviene, a questo punto, un sovraccarico di lavoro od un trattamento irrazionale, si ha una progressiva irreparabile insufficienza di quella glandola che — se risparmiata — può dare un relativo buon funzionamento. Pertanto le cure unilaterali, a base di *una* sola specie di alimenti, e sopratutto di idrati di C., possono finire per essere dei letali esperimenti, e secondo l'opinione di v. Noorden bisogna — collo studio accurato e perciò lungo del singolo caso — fissare una alimentazione mista, che miri alla scomparsa dello zucchero urinario ed a modificare la iperglicemia. Abbiamo indicato i vari tipi della cura degli amilacei perchè riteniamo che essa sia molto adatta alle condizioni ed abitudini alimentari del nostro Paese, suggerendo però i tipi « misti » di essa. Comunicheremo in seguito alcune osservazioni comparative (eseguite nel Kaiserin Elisabeth Spital - III Abteilung) tra i valori di tolleranza e di assimilazione che si rilevano alternando, negli stessi ammalati, diete con vario contenuto in N ed Idrati di Carb. Risulta finora che in casi di media gravità ed avanzati si può colla cura del Falta raggiungere l'*aglicosuria* e combattere l'acidosi, migliorando nel contempo la tolleranza e l'assimilazione.

Trattamento del coma diabetico. — Somministrazione di alcali per os, da 6-8 e più tardi 15-20 gr., fino ad urine neutre. Alcool. Aumento dei giorni di legumi e diete con amilacei, e farina di avena. In presenza di sintomi gravi, introduzione endovenosa di alcali (1 l. di sol. al 3-4 % di Bicarb. Sod.) e 50 gr. di alcali per os. Rimedi cardiotonici, diuretici, alcool e ricca introduzione di liquidi. Consigliabili i giorni di digiuno (con solo the e 150 gr. di alcool). Una buona prescrizione mista di alcali per os è la seguente: Bic. Sod. gr. 6; Bic. di Potassio gr. 6; Carbonato di Magnesio e di Calcio ana gr. 1. (Toennienssen).

Vienna, maggio 1921.

LETTERATURA.

1. BARRENSCHEEN. Bioch. Zeit., Bd. 39, pag. 232.
2. ALLEN. Boston med. Journ., 171-241, 1915.
3. BERNSTEIN e FALTA. Deutsch Arch. f. Klin. Med., 1921-95-1916 e 125-233-1918.
4. BLUM. Munch. med. Woch., 1911, p. 1433.
5. FALTA. Munch. med. Woch. n. 22-1914, e Wien. klin. Woch., n. 35-1918.
6. JOSLIN. Archiv of Intern. Med., 16-693-1915.
7. ROTH. Munch. med. Woch., Bd. 25, pag. 1864.
8. KOLISCH. Wien. klin. Woch., 1903, p. 1321.
9. KÜSTER. Berl. klin. Woch., n. 9, 1917.
10. V. NOORDEN (Haferkuren). Berlin. klin. Woch., 25-1903, e VII Auflage (1917), « Die Zuckerkrankheit », Berlin-Hirschwald.
11. ELIAS e SINGER. Wien. klin. Woch., n. 47 e 52, 1918.
12. TOENNIENSSEN. Munch. med. Woch., 29-IV-1921.

(1) Il q. r. aumenta quando nell'organismo viene bruciata una maggiore quantità di zucchero.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi radiologica delle affezioni addominali dopo insufflazione preliminare del peritoneo.

(E. BÉCLÈRE. *Paris Médical*, n. 6, 1921).

Quantunque già precedentemente fosse stato tentato da qualche autore l'introduzione di gas nell'addome, per sostituirvi liquidi aspirati, solo nel 1918 Goetz propose tale metodo, per l'indagine radiologica delle affezioni addominali. Nonostante larghi esperimenti eseguiti specialmente in America, in Francia ed in Italia non tutti gli autori sono d'accordo sulle modalità di applicazione e sui pericoli che possono insorgere nell'applicazione del metodo.

Vari sono stati i gas usati: per primo fu sperimentata l'Anidride Carbonica che ha il difetto di essere rapidissimamente assorbita; successivamente fu tentato l'azoto, che al contrario è di assorbimento molto lento, l'ossigeno puro e l'aria atmosferica, ma i migliori risultati si sono ottenuti con una miscela di acido carbonico (4 parti) ed ossigeno (1 parte) permettendo una durata di esame da 30 a 35 minuti.

Negli Stati Uniti il pneumoperitoneo è stato applicato largamente e molto semplicemente, mettendo un pallone di ossigeno in comunicazione con un ago da puntura o un trequarti con rubinetto mediante un raccordo che possiede una dilatazione sferica con del cotone sterile. L'ago s'infigge nella regione paraombelicale e si fa penetrare il gas premendo sul pallone fino a che la parete addominale non si tenda un po' o insorga un dolore scapolare. Tale metodo sembra troppo semplice e non scevro di pericoli, ed è più opportuno di circondarsi delle maggiori precauzioni sia ricorrendo a strumentari speciali che permettono di controllare costantemente la pressione del gas che deve mantenersi uniforme durante tutta la durata dell'insufflazione, sia curando la massima asepsi e l'opportuna preparazione dell'ammalato. Occorre infatti che venga accuratamente vuotato il grosso intestino del paziente, che deve essere a digiuno e ciò per rendere i contrasti radiologici più netti.

L'insufflazione deve essere sempre fatta in decubito dorsale con controllo radioscopico intermittente, ma finita l'insufflazione è preferibile mettere il paziente in decubito addominale, posizione che viene meno bene sopportata ma che permette specialmente l'esame dei reni, mentre la prima posizione facilita l'esame della milza, del fegato e permette di seguire lo scollamento del diaframma.

Riguardo ai pericoli del metodo, finora non sono stati segnalati casi di decesso, ma il processo è molto doloroso, talvolta accompagnato da incidenti di collasso, di cui l'autore riferisce i casi personali, onde pur essendone ottimi i risultati, occorre ricorrere all'insufflazione del peritoneo con discernimento, soltanto quando effettivamente se ne ritiene l'applicazione utile a rischiarare qualche oscura sindrome addominale, non altrimenti diagnosticabile.

CIOTOLA.

MEDICINA.

Le glandole paratiroidi.

(WALTER M. BOOTHBY. *Endocrinology*, luglio 1921).

Fu il primo Sandstrom nel 1880 a descrivere le paratiroidi esterne nell'uomo ed in alcuni animali interpretandole come tessuto tiroideo embrionale.

Baber nel 1881 in un lavoro sulla tiroide, forse ignorando lo studio di Sandstrom, descrisse porzioni di tessuto tiroideo non sviluppate, che possono essere identificate con le paratiroidi esterne ed interne.

L'A. riferisce altri dati storici interessanti, ma un po' slegati.

Biedel nel 1913 chiamò glandole carotidee le paratiroidi degli embrioni di pecora. Horsley nel 1886 escluse, con un lavoro sperimentale, che il tessuto non sviluppato di Baber fosse tiroideo. Gley nel 91 fondandosi sopra 300 tiroidectomie sperimentali pensò che delle glandole tiroidi soprannumerarie avessero grande importanza nella conseguente sindrome tetanica. Weiss nell'81, nella clinica di Billroth, stabilì che la tetania può seguire alla tiroidectomia. Schiff nell'84 ottenne tetania sperimentale seguita da morte, nei cani e nei gatti, dopo tiroidectomie complete. Wagner, Carle, Eiselsberg ed altri confermarono questi risultati.

Gley nel 1891 stabilì che nelle tiroidectomie, risparmiando «le paratiroidi» di Sandstrom che egli preferiva chiamare ghiandole tiroidee, si evitava la tetania mortale. Cristiani con tagli seriali mostrò la posizione interna rispetto al tessuto tiroideo delle paratiroidi nei topi. Nicolas (1873) trovò quattro paratiroidi nel pipistrello. Chantemesse e Marie nel 93 dimostrarono che nell'uomo possono essere risparmiate le partiroidi esterne nella tiroidectomia.

Kohn nel 1895 preferendo chiamarle «corpi epiteliali esterni» le identificò istologicamente ai corpi epiteliali interni del gatto.

Fu Groschuff nel 1896 che definitivamente stabilì per ragioni embriologiche una netta differenza tra tiroide e paratiroide.

Verdun studiò l'embriogenesi delle paratiroidi. Blumreich, Jacoby, Vassale e Generali fecero parecchie ricerche sperimentali sulla estirpazione delle paratiroidi. Quest'ultimi due autori ebbero il merito di accertare che all'asportazione completa delle paratiroidi segue immediatamente la tetania mortale, mentre che l'asportazione di una parte di esse (anche 3 quarti) è compatibile con la vita. Jeandelize ed Erdheim (1903-1906) per mezzo di ricerche sperimentali vennero alla conclusione che il tessuto paratiroideo è del tutto indipendente da quello tiroideo. Recentemente (1920) Vincent e Jolly sono giunti allo stesso concetto per mezzo di esperimenti, ed ormai la teoria che fa dipendere la morte per tetania nei tiroidetomizzati dalla esportazione delle paratiroidi può essere con sicurezza accettata. Quando si inietta l'estratto di paratiroidi in animali resi tetanici per asportazione delle paratiroidi, non si osservano modificazioni apprezzabili sopra la ipereccitabilità dei mezzi sensitivi, messa in evidenza da MacCallum e Vogel (1912); però pur rimanendo la ipereccitabilità nervosa invariata, la tetania viene a diminuire o anche a cessare del tutto.

***

Il sangue degli animali in tetania, paragonato a quello degli animali normali è più scarso di calcio, ma questo non aumenta somministrando estratto di paratiroidi.

Secondo Vassale la tetania s'intensifica durante la gravidanza. Gli esperimenti di Hoskins e Wheclon (1914) mostrano che alla distruzione delle paratiroidi tien dietro un aumento della irritabilità vasomotoria, messa in evidenza dalla reazione alla nicotina, all'epinefrina e alla pituitrina non essendovi pur tuttavia parallelismo tra sintomi di deficienza paratiroidea e grado di irritabilità vasomotoria.

È stata dimostrata falsa la teoria di Uhlenhuth che faceva elaborare al timo sostanze antagoniste a quelle elaborate dalle paratiroidi.

Referti isto-patologici di alcuni autori (Jarcose, Esterich) dimostrerebbero che la tetania infantile sarebbe in rapporto a lesioni (emorragie sopratutto) parenchinali delle paratiroidi, mentre secondo altri questo rapporto di causalità non sarebbe costante (Bliss). Nel 1915 Harbitz studiando i tumori delle paratiroidi riportò dalla letteratura un caso di adenoma con osteomalacia, ed un altro di adenoma con *paralisis agitans*.

Allen nel 1920 osservò una notevole ipertrofia delle paratiroidi senza però modificazioni istologiche, in casi di tiroidectomia praticata su parecchie larve di *Bufo*.

Le orine dei cani completamente tiroidectomizzati sono più tossiche di quelle dei cani normali.

Sabbatani (1901) ebbe il merito di promuovere gli studi relativi ai rapporti tra il calcio e la tetania con lo stabilire che una soluzione di calcio applicata sul cervello diminuisce la sua irritabilità alla corrente elettrica mentre che le sostanze che producono la precipitazione del calcio, come gli ossalati ed i citrati, ne aumentano l'irritabilità.

Stvelzner (1906) ammise l'ipotesi che la tetania sia dovuta ad un accumulo di calcio nel sangue: ma solamente i lavori di Cybulsk e di Schabad confermarono tale ipotesi.

La presenza dello iodio nelle glandole paratiroidi da molti sostenuta è in quantità così piccola da essere praticamente trascurabile. Il siero specifico citolitico realizzato nel 1903 da MacCallum per la cura della tetania paratireopriva ha fallito nei risultati. Invece Parton e Urechie (1907) contemporaneamente ottennero effetti dall'uso del calcio.

Carlson e Jacobson (1910) richiamarono l'attenzione sulla stretta somiglianza tra i sintomi tetanici nei tireoparatireoidectomizzati, i sintomi dell'avvelenamento ammoniacale e i sintomi di avvelenamento che presentano i cani operati della fistola di Eck quando sono nutriti con carne. In ulteriori esperimenti essi notarono che il contenuto ammoniacale del sangue è normale e che le iniezioni endovenose di calcio non alterano la concentrazione ammoniacale, ma reprimono gli accessi tetanici. Per di più questi venivano soppressi da un estratto di ipofisi e da una soluzione ipertonica di zucchero.

Greenwald paragonando le orine degli animali paratireoidectomizzati con quella di altri normali (1911) trovò che la eliminazione dell'azoto aumenta subito dopo la comparsa della tetania, che la concentrazione ammoniacale nel sangue non è aumentata, che la eliminazione dela creatinina brevemente diminuisce.

Underhill e Blattervick (1914) trovarono che nella tetania consecutiva alla tireoparatiroidectomia, il glicogeno scompare completamente dal fegato e che il contenuto di zucchero nel sangue è notevolmente diminuito.

La metil-guanidina fu isolata nel 1913 da Kock nelle orine dei cani paratiroidectomizzati; altri autori stabilirono che l'iniezione di guanidina o di metil-guanidina negli animali da esperimento è causa apparente della sindrome tetanica. La stessa sindrome si produce con l'iniezione endovenosa di una soluzione di acido cloridrico. Patou Findlay ed altri ritengono che la sindrome tetanica si sviluppi nei

paratiroidectomizzati per la mancata azione che le paratiroidi eserciterebbero sul metabolismo della guanidina. Questa in tali circostanze accumulandosi nell'organismo agirebbe sulle cellule nervose della medulla attraverso le terminazioni nervose dei nervi periferici determinando la speciale irritabilità della medulla.

La terapia più efficace per combattere la tetania da ablazione delle paratiroidi è quella di somministrare da 40 a 60 gr. di lattato di calcio ogni 4 ore finchè gli accessi non siano scomparsi. Poi si può continuare con somministrazioni più moderate.

RADOGNA.

CHIRURGIA.

Osservazioni sulla rizotomia posteriore a scopo analgesico.

(SIR W. CHORBURN. *Brit. Med. Journ.*, 30 aprile 1921).

Sebbene eseguita precedentemente (Bennett, Horsley, Chipault ed altri), la rizotomia posteriore ha avuto il suo massimo illustratore in Foerster, sotto il cui nome viene oggi comunemente designata. L'A. tedesco l'adottò principalmente in 3 circostanze, cioè: nei fatti spastici dell'arto inferiore, specialmente quelli dovuti ad emiplegia cerebrale dei bambini, nelle crisi gastriche della tabe e in vari tipi di dolore, Il presente articolo si limita però alle due ultime indicazioni, poichè l'A. non ha mai adottato questa operazione per il miglioramento dei fatti spastici, e dalle osservazioni degli altri non è possibile giudicare sulla sua efficacia, tanto più che per apprezzarne gli effetti è necessario sceverare ciò che è dovuto ad un'accurata assistenza e la rieducazione.

RIZOSTOMIA PER CRISI GASTRICHE.

Opportunamente Foerster divide le crisi gastriche in due tipi:

1° le « vagali » in cui v'è nausea accentuata, con appena scarso dolore o iperestesia;

2° le « simpatiche » in cui dolore ed iperestesia sono comuni, ma la nausea di regola non è spiccata.

È in quest'ultimo tipo che la rizotomia principalmente si raccomanda e Foerster adotta la resezione bilaterale delle radici dorsali, dalla 5ª alla 12ª, con lo scopo di tagliare intieramente le impressioni afferenti entro questa zona. Egli riunisce 64 casi personali, di cui 6 morirono, 47 guarirono o migliorarono notevolmente, 9 ebbero un certo miglioramento, e 2 nessuno.

Nel *British Journal of Surgery* (ottobre 1914) sono riportati 5 casi, con nessuna morte, 2 insuccessi e 3 successi. Dei primi 2, uno fu una resezione bilaterale dalla 6ª all'11ª radice dorsale e l'altra, che interessò solo la 8ª, 9ª e 10ª bilateralmente, fu probabilmente troppo limitata. Dei successi, 2 furono operazioni bilaterali dalla 6ª alla 10ª radice, ed uno, operato dall'A di quest'articolo, fu una resezione dalla 4ª all'8ª del solo lato sinistro. A questo caso di cui riferisce la storia, l'A. ne aggiunge altri due. Due di questi 3 casi datano ormai da più di 6 anni, l'altro è molto più recente (ottobre 1920) e non può offrire giudizio sopra il risultato finale.

L'A. non ha creduto di seguire l'istruzione di Foerster di una sezione bilaterale dalla 5ª alla 12ª, poichè non è certo che un'operazione così estesa sia essenziale. Quando il dolore era limitato al lato sinistro, l'operazione fu solo unilaterale. Nel primo caso, in cui si ebbe guarigione completa, furono sezionate dalla 4ª all'8ª radice; nel terzo, dalla 4ª all'11ª (miglioramento, ma caso recente); nel caso secondo (miglioramento parziale), la resezione fu bilaterale, dalla 5ª all'8ª.

A parte l'esito, può ancora essere richiamata l'attenzione su due punti, cioè, la completezza e permanenza dell'anestesia e l'assenza totale di alterazioni trofiche nelle parti affette, conformemente ai risultati prodotti dalla sezione della radice sensitiva del ganglio di Gasser.

RIZOTOMIA PER AFFEZIONI DOLOROSE DEGLI ARTI.

Anche di questa indicazione sono ora pubblicati numerosi casi. Foerster ne raccolse 44, di cui 6 morirono, 12 guarirono, 23 mostrarono un effettivo miglioramento e 3 non furono rintracciati. Nella statistica inglese sopracitata sono raccolti 15 casi: in 1 l'operazione fu dovuta abbandonare, in 1 il risultato è sconosciuto ed 1 morì. Degli altri 12 si ebbero 8 guarigioni e 4 insuccessi. Parecchi dei casi guariti presentavano neuralgia assai limitata, e in essi fu sezionata una sola radice; delle affezioni dolorose più estese sembra che spesso siano rimaste senza miglioramento anche con estere operazioni. La grande maggioranza dei casi riguardava il plesso brachiale, le condizioni determinanti del male furono della più svariata natura.

L'A. ha 2 casi personali di cui riferisce la storia. Essi dimostrano sufficientemente l'incertezza di sopprimere una neuralgia grave con la rizotomia posteriore: uno dei due indica assai chiaramente quanto alcune affezioni dolorose degli arti, possano associarsi a lesioni che si estendono al sistema nervoso centrale.

È notevole che la più grande proporzione di buoni risultati si è ottenuta in quei casi in cui per una neuralgia limitata fu resecata una sola radice. E poichè una resezione così limitata non produce anestesia nella regione affetta, i suoi relativi successi debbono attribuirsi a qualche altro fattore non ancora bene spiegato. Va anche notato, sia nei casi di crisi gastrica tabetica, sia in quelli di neuralgia di lunga data, che i risultati dell'operazione vengono molto confusi dalla condizione squisitamente neurotica del paziente. Molti di questi sono abituati a grandi dosi di morfina, di alcool e di altre droghe e una volta in ospedale, sentono vivamente l'assenza di esse.

Raccomandando un uso più frequente della rizotomia, l'A. richiama l'attenzione sul fatto che i pericoli dell'operazione, in mano esperta, sono assai minori di quanto sembrerebbe dai risultati pubblicati. Così Foerster cita 26 morti su 267 rizotomie per varie malattie; e nei 58 casi della statistica inglese sono citate 6 morti: cioè il 10 % circa sia negli AA. inglesi che nell'A. tedesco. Ma investigando le cifre di singoli chirurgi troviamo un risultato assai differente.

Già altrove l'A. ha cercato di determinare la mortalità delle laminectomie per tutte le cause. Un'analisi dei suoi 50 casi dà una mortalità del 6 %. Egli potè stabilire che: « le operazioni esplorative e le operazioni per tumori e per condizioni simili, sono state uniformemente seguite da successo per quanto riguarda la vita; e anche nelle operazioni per lesione vi è solo un caso in cui la morte fu probabilmente affrettata dall'intervento ». In quell'epoca (1909) l'A. non potè includere un grande numero di operazioni di drenaggio, rizotomia o rimozione di tumori intraspinali; ma da allora egli ha eseguito molti di questi interventi e l'unico caso di morte è stato quello di un esteso sarcoma inasportabile e associato ad alterazioni secondarie avanzate della vescica e del rene.

Kussuer ha eseguito 32 rizotomie con 2 morti, Eiselsberg, 12 senza morti, Elsberg, 22 senza morti; aggiungendo i 5 casi dell'A. abbiamo 71 rizotomie con solo 2 risultati fatali.

Ogni chirurgo pratico di laminectomia concorderà in ciò, che l'operazione, per sè, non è più letale di una laparotomia. La morte può difficilmente considerarsi come un risultato di questo intervento, a meno che la malattia originale o le condizioni generali assai deteriorate del paziente, introducano uno speciale e grave fattore.

Concludendo, se per ciò che riguarda la guarigione del dolore i risultati sono ancora alquanto incerti, e se abbiamo ancora da imparare sulla scelta dei casi e sullo scopo dell'operazione, è indiscutibilmente ben giusto di dare a questi pazienti la probabilità di guarigione o di miglioramento, che offre la rizotomia posteriore.

SEBASTIANI.

SIFILOGRAFIA.

Rivista riassuntiva sulla sifilide congenita.

(H. LANGSTEIN e H. PUTZIG. *Med. Klinik*, n. 25, anno 1921).

Si ammette che almeno il 4 % dei lattanti sia affetto da sifilide. Quanto alla modalità del contagio gli AA. più autorevoli ammettono la teoria di Rietschel, che cioè il feto venga infettato dalla madre che può non apparire clinicamente ammalata (reazione di Wassermann positiva nel 92-93 % dei casi). Il feto si ammala per via placentare (di solito nella seconda metà della gravidanza) oppure durante l'espulsione.

Talvolta la placenta non lascia passare la spirochete e possono nascere dei figli sani da genitori sifilitici (Gerstenberg vide un gemello sifilitico, l'altro clinicamente e sierologicamente sano). Kolmer calcola al 10 % i matrimoni di sifilitici in America; dei figli nati da questi matrimoni l'83 % sarebbero affetti da sifilide, il 17 % sani. Però si deve considerare che un reperto clinico negativo e una Wassermann praticata una volta sola e negativa non escludono la sifilide congenita. In tutte le età una notevole parte dei casi sfugge alla diagnosi.

Quanto al valore dei singoli sintomi, lavori recenti ricordano la grande frequenza delle corize (nel 74 %), delle ragadi e tumori di fegato e di milza (nel 77 %), delle pseudoparalisi di Parrot (nel 14 %).

I denti di Hutchinson indicano la sifilide soltanto se sono tipici (espansione e forma clavata della corona, angoli arrotondati).

Green si occupa delle alterazioni oculari; le riscontrò in 74 su 100 bambini. Le forme più frequenti sono la cheratite interstiziale; si osservano in alcuni casi l'irite e delle ineguaglianze pupillari. Molto frequenti sono le alterazioni del fondo oculare, specialmente delle anomalie pigmentarie; pigmentazioni o depigmentazioni periferiche a punti o a macchie; talvolta sclerosi dei vasi retinici, *neuroretinitis punctata* e alterazioni dell'ottico.

Hutinel e Stevenin si occupano dell'influenza della sifilide ereditaria su tutto lo sviluppo del bambino. Essi distinguono: 1) distrofie locali (malformazioni e anomalie a carico dei

denti, naso, orecchi, cornee, cranio, ecc.) che attribuiscono non all'azione di tossine ma all'azione diretta dello spirochete sugli organi in via di sviluppo; 2) distrofie generali (gigantismo, nanismo, alterazioni articolari ed ossee). Esse sono causate dall'azione precoce delle spirochete sugli organi: possono venir causate da altre malattie infettive croniche (tubercolosi). Anche le ipo- ed ipertireosi, l'acromegalia, la distrofia adiposo-genitale, e in special modo le distrofie sanguigne (anemie gravi, porpora, talvolta la clorosi e l'ittero emolitico), in alcuni casi l'atrofia, il rachitismo grave, l'infantilismo, il linfatismo, sono spesso in rapporto con la sifilide; 3) distrofie ereditarie, che l'A. attribuisce ad alterazioni endocrine, consecutive al danno subito dalle corrispondenti glándole dei genitori in seguito alla sifilide. I genitori stessi possono essere anche completamente guariti, la reazione di Wassermann debolmente positiva o anche negativa in essi e nel bambino (Basedow, osteopsatirosi, condrodistrofia). La reazione di Wassermann sarebbe positiva nel 90 % dei bambini con manifestazioni cliniche. L'esito negativo non dice nulla specialmente nei primi 10 giorni di vita (incubazione). Gli americani consigliano l'intradermoreazione alla luetina. Pick rileva il grande valore diagnostico della radiografia. Anche nei casi in cui mancano alterazioni ossee clinicamente evidenti (osteocondrite, periostite, ecc.), le ossa, specialmente quelle piatte (bacino, scapola, costole) degli eredoluetici si distinguono per un disegno caratteristico: una o più linee che decorrono parallele alla linea di calcificazione e tra queste linee delle zone rischiarate.

Profilassi: cura della madre gravida. Adams trovò tra i figli di 37 sifilitiche curate, uno solo con Wassermann positiva, tra quelli di 28 sifilitiche non, o male curate, 17.

La cura della sifilide congenita deve essere precoce e completa anche nei bambini privi di sintomi.

Il Salvarsan si può dare per clistere, se il preparato è buono; sono preferibili le iniezioni endomuscolari. Le dosi del neosalvarsan sono di 0.015 gr. per kg. fino alla dose massima di 0.15 gr.; alla cura occorrono 8 iniezioni. La sola cura col Salvarsan non è sufficiente; essa va combinata con la cura mercuriale (12 iniezioni di 1 mg. di calomelano per kg.). Dopo che la Wassermann è diventata negativa, sono necessarie almeno altre 2 serie di tali iniezioni. Le iniezioni di sublimato sono pericolose.

Per evitare la doppia cura salvarsan-mercurio, alcuni consigliano anche nei lattanti il salvarsan sodico (0.07-0.1 in soluzione al 10 %) e il salvarsan argentico (0.1 sciolto in 5 cmc. di acqua distillata: 3/10 cmc. per kg.). Sono necessarie 30 di tali iniezioni (in 3 serie) e vanno fatte nelle vene. La mortalità tra i lattanti affetti da sifilide congenita è molto elevata. Anche se curati bene, la mortalità sarebbe secondo Müller del 35 % di fronte al 9 % dei lattanti non sifilitici. I lattanti con sifilide congenita hanno una grande disposizione verso tutte le malattie.

POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI

MAGNUS-ALSLEBEN E. *Vorlesungen über Klinische Propädeutik*. II. Auflage, J. Springer, Berlin, 1921. Mk. 38.

È la raccolta di 24 lezioni di clinica, concernenti le malattie principali dell'apparato respiratorio e circolatorio, dell'apparato digerente, del fegato, dei reni, del sistema nervoso.

Alcune lezioni sono dedicate alle malattie infettive, alle malattie del ricambio, alle ghiandole a secrezione interna.

Alla parte clinica di ogni lezione, consistente nella discussione di un caso clinico, ora precede, ora segue la esposizione degli elementi più importanti di semeiotica, di anatomia patologica, di bacteriologia riguardanti l'organo o l'apparato cui si riferisce la malattia in discussione, o l'agente microbico che ne è la causa.

Il volume del Magnus-Alsleben si presenta interessante ed utile, sia per gli argomenti svolti, sia per la forma usata nella esposizione delle cognizioni fornite dalle varie branche della scienza medica, e tutte necessarie per la completa investigazione e delucidazione del caso clinico.

TR.

KÜHNEMANN G. *Differential-Diagnostik der Inneren Krankheiten*. Lipsia, J. A. Barth, 1921. Mk. 25.

La VII edizione del manuale del Kühnemann mantiene le caratteristiche delle edizioni precedenti, rappresentandone un ampliamento e perfezionamento. Trattare della diagnosi differenziale delle molteplici affezioni dei vari apparati ed organi, costringendo tutti gli elementi necessari in quadri sinottici è cosa non agevole e l'A. stesso ha creduto opportuno aggiungere alle varie tabelle alcune brevi note, specie per quelle forme morbose che non possono essere trattate così schematicamente.

Può essere utile allo studente, come guida a ripetizione e riassunto delle cognizioni già acquisite.

TR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXI Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

(*Trieste*, 9-11 *ottobre* 1921).

Solenne riuscì la seduta inaugurale: parlarono con alta e nobile parola, per il Sindaco conte Noris, il cav. Villasanta, il Commissario per la Venezia Giulia S. E. Moroni, il senatore Mangiagalli, presidente della Società, il prof. Welponer, presidente del Congresso. Il venerando dott. Grossich da Fiume mandò un patriottico telegramma. Intervennero circa 150 congressisti. Larga parte delle sedute fu data alle Relazioni scientifiche cui seguì la più ampia discussione.

1° TEMA DI RELAZIONE.

Tubercolosi genitale femminile.

Relatore prof. E. PESTALOZZA (Roma).

CONCLUSIONI DELLA RELAZIONE.

Frequenza.

1. Su 100 donne tubercolose, dieci all'incirca presentano una tubercolosi genitale.

2. Le statistiche italiane portano una frequenza maggiore che non quelle degli altri paesi.

3. La tubercolosi genitale è malattia che colpisce specialmente le donne giovani, molto giovani, non escluse le bambine.

4. L'organo più colpito è la tromba. Delle localizzazioni uterine si è visto in questi ultimi anni assumere grande importanza quella sulla porzione vaginale del collo. La rarità estrema della vera tubercolosi ovarica è sempre più confermata.

Eziologia.

1. L'infezione primitiva, eteroinfezione, dell'apparato genitale femminile è assolutamente eccezionale; la maggior parte dei casi di tubercolosi genitale derivano da autoinfezione.

2. In un terzo circa dei casi la tubercolosi genitale si trova combinata colla tubercolosi peritoneale. Per questi casi, mentre si può accettare come più probabile l'infezione del peritoneo per via ematica, l'infezione genitale accade in modo secondario per propagazione diretta in via discendente, oppure per vie linfatiche. La propagazione della infezione dell'apparato genitale al peritoneo è un fatto eccezionale.

3. In circa due terzi dei casi la tubercolosi genitale non è subordinata ad infezione peritoneale e si stabilisce per lo più per via ematica, meno frequentemente per diffusione diretta da organi vicini (intestino).

4. Come nelle tubercolosi combinate (genitoperitoneali), così anche in quelle semplicemente genitali la propagazione della infezione lungo il tratto genitale si fa di regola per via discendente, qualche volta per via linfatica.

Tubercolosi genitale infantile.

1. La tubercolosi genitale dell'infanzia e nel periodo prepubere è assai più frequente di quanto comunemente si pensi.

2. Se la bambina non soccombe all'infezione tubercolare, la tubercolosi genitale può guarire, lasciando però frequentissimi postumi; può anche permanere allo stato di latenza.

3. Fra i postumi della tubercolosi genitale infantile ha una speciale importanza l'atresia della cavità uterina, che annulla naturalmente tutte le funzioni dell'organo; se l'atresia è limitata all'orificio interno ne deriva il non raro piometra.

4. Altro postumo frequente è dato dalla ipoplasia della sfera genitale in genere e più particolarmente dell'utero, col solito corteo di sintomi dismenorroici.

5. Alla ipoplasia genitale può concorrere lo stato delle ovaie, che seppure raramente colpite dal processo tubercolare, sono menomate nelle loro funzioni dalle pseudomembrane che le avvolgono.

6. Cisti ematiche del corpo luteo e cisti tuboovariche sono non raramente il postumo remoto di antichi processi tubercolari.

7. Da antiche tubercolosi genitali estinte residuano spesso le forme nodose intramurali e forse anche taluni così detti adenomioni degli angoli tubarici.

8. Gli interventi chirurgici contro le ipoplasie, data la frequente origine di queste da un antico processo tubercolare, possono in caso di latenza del processo riuscire altamente pericolosi.

Anatomia patologica.

1. Fra le localizzazioni tubariche è abbastanza frequente la sactosalpinge terminale, ed è una condizione favorevole all'insorgenza di torsioni.

2. Una disposizione speciale merita di essere ricordata, la sactosalpinge confluente.

3. La tubercolosi salpingea in determinate circostanze dà luogo alla insorgenza dell'ascesso intertubarico, che può organizzarsi in un pseudotumore.

4. Accanto alla salpingite a tipo caseoso deve essere ricordata la salpingite tubercolare vegetante o papillare, che può essere occasione anche ad una pseudoascite.

5. Frequente è la forma nodosa interstiziale od intramurale della tubercolosi tubarica, che si confonde nella adenomiosite degli angoli tubarici. Questa forma può talora erigersi a fattore di gravidanza extrauterina.

6. Rara è la forma di vera e propria tubercolosi ovarica; assai più frequente l'incapsulamento dell'ovaio da parte di pseudomembrane tubercolari, alle quali possono riferirsi i disturbi di nutrizione e di funzione dell'ovaio.

7. L'endometrite tubercolare ha la tendenza quasi costante ad arrestarsi nettamente a livello dell'orificio interno. Ne sono frequente conseguenza la atresia di tutto il cavo uterino, o quella semplicemente dell'orificio interno, con piometra.

8. Si osserva pure la localizzazione della tubercolosi al miometrio, dove giunge per le vie linfatiche.

9. La tubercolosi della porzione vaginale del collo, nella sua forma più comune, la papillare, è assai più frequente di quanto finora si sia creduto. Spetta specialmente alla ginecologia italiana il merito di avere studiato a fondo questa forma, assegnandole la meritata dignità.

10. La tubercolosi peritoneale ha tendenza a intensificarsi a livello del peritoneo pelvico.

11. Fra le complicazioni accidentali della tubercolosi genitale hanno speciale importanza i fibromi, le cisti ovariche, il cancro e le comunicazioni col lume intestinale.

Sintomi. — L'amenorrea nella tubercolosi genitale.

1. L'amenorrea, primitiva o secondaria, transitoria o permanente, è uno dei sintomi più importanti della tubercolosi genitale in genere.

2. Anche il ritardo nello stabilirsi della pubertà è un sintomo di non poco valore per rintracciare una pregressa tubercolosi genitale.

3. In un numero rilevante di casi si riesce a mettere in evidenza la causa della amenorrea in alterazioni genitali prodotte dalla tubercolosi.

4. Fra le alterazioni locali tubercolari capaci di determinare l'amenorrea primitiva hanno un posto importante le atresie parziali o totali della cavità uterina, prodotte dalla distruzione della mucosa pel processo tubercolare, atresie che sogliono arrestarsi a livello dell'orificio interno.

5. Una forma di tubercolosi che provoca facilmente la amenorrea, ora primitiva ed ora secondaria, è la tubercolosi del collo, specialmente nella sua più comune forma papillare.

6. Anche l'endometrite tubercolare che non abbia avuto esito in atresia è causa abbastanza frequente di amenorrea, più di rado di menorragie.

Prognosi.

1. La tubercolosi genitale insidia fino dalla più giovane età la salute e l'avvenire sessuale della donna.

2. Raramente essa è causa diretta di morte; però in circostanze speciali (malattie intercorrenti, pubertà, matrimonio, parti, traumi) colle sue riacutizzazioni può creare gravi pericoli.

3. La tubercolosi genitale, specialmente se associata alla peritoneale, determina nella donna sofferenze gravi e la incapacità assoluta al lavoro.

Profilassi e terapia.

1. Tutte le misure profilattiche intese a proteggere l'infanzia dalla tubercolosi contribuiranno a diminuire la frequenza della tubercolosi genitale.

2. In ogni giovane donna che abbia focolai manifesti o latenti di tubercolosi sono da evitarsi i traumi chirurgici sull'apparato genitale, specie quelli rivolti a curare la dismenorrea e la sterilità.

3. Nella tubercolosi genitale deve sempre esperimentarsi la cura medica (cura jodica, elioterapia, cure balneari).

4. La radioterapia, che ha dato buoni risultati nella cura della tubercolosi peritoneale, conta già dei successi anche nella cura della tubercolosi genitale, specialmente, fino ad ora, come complemento delle cure chirurgiche non radicali.

5. La cura chirurgica è pienamente giustificata nelle tubercolosi limitate al collo ed all'endometrio, e può essere rappresentata dalla amputazione del collo, e rispettivamente dal raschiamento.

6. In ogni altro caso di tubercolosi genitale la cura chirurgica, se richiesta da gravi sofferenze o dalla incapacità al lavoro, deve consistere nella laparotomia, che si dovrà limitare ad una laparotomia esplorativa in ogni caso di tenaci aderenze coll'intestino e si completerà colla resezione degli annessi ammalati se la tubercolosi è limitata a questi, o si estenderà alla ablazione dell'utero se anche questo sia compromesso. Si eviteranno i drenaggi; prima di rinchiudere il ventre sarà bene versarvi dell'etere.

7. Il pericolo dell'intervento chirurgico limitato alla ablazione degli annessi è poco elevato; la mortalità relativa non supera il 2 %.

8. Gli interventi più radicali sono accompagnati da una mortalità operatoria che si eleva al 10%

9. Ai pericoli immediati conviene aggiungere la possibilità di formazione di fistole intestinali.

10. I pericoli immediati e mediati inerenti al l'intervento operativo impongono di non ricorrere alla cura chirurgica se non per rigorosa indicazione e suggeriscono di estendere gli esperimenti della radioterapia.

Discussione alla Relazione I.

Prof. BERTOLONI (Alessandria). — Porta un *contributo anatomo-patologico allo studio della tubercolosi genitale femminile* con un materiale di 40 casi, 15 dei quali di lesione tubercolare peritoneale. Mette in rilievo la frequenza della malattia nel periodo dell'attività sessuale, che però si osserva anche in età inoltrata ed in ciò l'O. conferma le vedute di Lubarsch. In nessuno dei suoi casi può esser dimostrata l'infezione primitiva dei genitali. Nei suoi casi risulta minore la frequenza dell'infezione dei genitali stessi per via sanguigna in confronto di quella per contiguità del cavo peritoneale alle tube. La tubercolosi peritoneale in questi casi suol rimontare all'infanzia. Fra ipoplasia e tubercolosi genitale femminile c'è un rapporto di dipendenza scambievole.

Prof. CLIVIO (Genova). — Espone delle considerazioni cliniche *su un caso di tubercolosi uterina*, riguardante una donna da 7 anni guarita di un morbo di Pott e che da 1 anno circa presentava una lesione tubercolare della portio, che aveva rispettato tutto il resto dell'apparato genitale. L'atto operativo dimostrò che essa era dovuta ad una peritonite pelvica tubercolare guarita, dalla quale era residuata una raccolta di pus caseoso, aderente alla faccia posteriore dell'utero. L'O. fa delle considerazioni circa la via di diffusione del male alla portio e circa le modalità della cura.

Prof. D'ERCHIA (Bari). — *Fa vedere l'importanza dell'uso del termocauterio nella terapia delle erosioni e della tubercolosi papillare del collo uterino.* Nella cura delle erosioni che si accompagnano alle endometriti e cervicometriti e sono incurabili l'O. ha avuto vantaggio appunto col termocauterio cribrando tutta la superficie erosa. Nelle forme tubercolari poi questa pratica con la più completa trombizzazione dei vasi sanguigni, con la più sicura distruzione dei focolai tubercolari vale meglio dell'amputazione e della stessa isterectomia ad evitare la facile immissione in circolo dei bacilli tbc. L.O. è così in parte di accordo con le vedute del Franch, che per tema di questa immissione in circolo dei bacilli tbc. condanna l'amputazione del collo nella forma di tubercolosi della portio; però non preferisce, come il *Franch,* la isterectomia in questi casi, ma la cauterizzazione col Paquelin. In un caso anche egli con la ignipuntura ebbe diffusione del morbo.

Dott. DE PACE (Brindisi). — Riferisce su di *un caso* da lui osservato nel 1907 *di rara localizzazione del processo tbc.*, costituito da una massa fra utero e vescica con molteplici aderenze intestinali, omentali e tali che non permisero di portare a termine l'operazione tentata ed iniziata dall'O. In questo caso l'apparecchio genitale era perfettamente integro. La guarigione completa ottenuta dall'atto operativo pur incompleto è per l'O. fatto che dimostrerebbe la natura tbc. del processo morboso nel quale egli s'imbattè, come è argomento per questo, a suo credere, la localizzazione interuterovescicale.

Prof. TRUZZI (Padova). — Dà importanza in base a molteplici sue osservazioni personali al fatto che l' ipoplasia costituisce il terreno più adatto allo sviluppo della tubercolosi, ciò in accordo con i concetti del prof. De Giovanni circa la morfologia e la vulnerabilità di un organo. Per la terapia è d'accordo col R. circa la doverosa preferenza che deve darsi alla cura medica in confronto di quella chirurgica per sua natura demolitrice nel caso di tubercolosi. In quanto i soggetti malati sono per solito giovani la demolizione chirurgica dell'apparecchio sessuale pare all'O. tanto più rifiutabile.

Per la cura medica elogia l'elioterapia, trova che si debbono avere buone speranze dalla radioterapia e dalle cure jodo-arsenicali. Dà notizia di una cura adottata per iniziativa del dott. prof. Zaniboni, consistente nelle iniezioni ipodermiche di siero da vescicante. Questo mezzo terapeutico di incerta spiegazione ha dato buoni risultati.

Prof. MANGIAGALLI (Milano). — Nota che giustamente il R. ha messo in evidenza il primato italiano per questi studi. Ricorda quindi l'importanza del rapporto tra infezione tbc. ed infezioni miste — quella dell'insuperabilità quasi costante degli orifici (tubarico ed orificio uterino interno) da parte del processo tbc., quasi come è per il cancro. Nella cura chirurgica dei processi tbc. genitali femminili è di preferenza conservatore; in conseguenza, se l'utero, come nel maggior numero dei casi, è indenne, fa solo annessiectomia. In un caso operato in gravidanza ebbe poi parto regolare. Nel concetto di evitare le grandi mutilazioni resta tanto più facilmente in quanto anche dopo queste la prova della tubercolina, positiva il più delle volte, dà segno di altre localizzazioni tbc. Ricorda pure l'importanza che processi tubercolari infantili hanno sulle condizioni morbose dell'età adulta, come sulla formazione di cisti intraligamentose. Naturalmente riconosce l'importanza che l'iplopasia ha sull'insorgenza della forma tbc.

Crede che la Roentgenterapia sia stata più spesso male applicata per le forme tbc. ed anche là dove la cura chirurgica avrebbe dato migliori risultati (laparotomia, drenaggio nelle forme ascitiche, eventuale annessiectomia). Crede che le cure mediche (elioterapia, vaccinoterapia) debbono aver la precedenza.

Dott. SERAFINI (Riccione). — Dà importanza alle cure mediche (elioterapia, sieroterapia Bruschettini. Dà importanza nella sintomatologia alle forme di neuroastenia precedenti o compagne delle forme tbc.

Prof. BERTINO (Parma). — Riferisce su di una sua ricca statistica di forme tbc. Importante un caso di tbc. della glandola del Bartolino curato chirurgicamente. Nota le difficoltà della cura chirurgica in alcuni casi (aderenze) e mette in rilievo l'utilità delle cure mediche, specie dell'elioterapia.

Prof. ALFIERI (Pavia). — Dà importanza all'eredo-distrofia come causa di tbc. genitali femminile. Pensa però che in ogni caso di distrofia genitale si debba ricercare sempre la possibilità di precedenti fatti tbc. perchè è indubbio che questi possono dar luogo a distrofia. Nella cura chirurgica ora dà preferenza alla tecnica conservatrice. L' infiltrazione del pavimento pelvico deve fare escludere ogni atto operativo.

Prof. CUZZI A. (Milano). — Porta un contributo di 3 casi di tbc. genito-femminile. Dà importanza alle cure radioterapiche. Un caso, curato inutilmente con 14 raschiamenti uterini, guarì con radioterapia e guarì così bene che ne seguirono gravidanza e parto. Riferisce però anche casi nei quale la radioterapia mancò di efficacia (tbc. del corpo uterino) o fu dannosa (peritonite). Crede conveniente l'elioterapia in questi casi. Ha esperimentato la radioterapia nell'ipoplasia genitale.

Prof. NAMIAS (Mantova). — Riferisce di un caso guarito di peritonite tbc. associata a cisti ovarica suppurata benchè l'operazione non avesse potuto esser completa (marsupializzazione della cisti). L'operata morì molti anni dopo l'operazione per encefalite e l'autopsia dimostrò la perfetta guarigione genitale e addominale della tbc.

Prof. FERRONI (Firenze). — Riferisce una statistica di 180 casi, di cui 31 di tbc. del corpo uterino. Mette in evidenza la tbc. genitale delle vecchie non infrequente, come quella della pubertà. Ha visto la forma genitale associata a fibromi. È d'accordo circa i rapporti fra ipoplasia e tbc. genitale. Vuole assoluta preferenza per la cura medica, sia applicata sola, sia preventiva o successiva ad atti operativi. Per la terapia fisica ha visto

successioni gravi alla radioterapia nei casi localizzati, a notevole contenuto salpingeo; buoni effetti nelle forme lievi di peritonite tbc. sottoposte prima all'evacuazione del liquido per laparatomia. Ha fede nell'elioterapia razionale. Per i casi trattati chirurgicamente ebbe la mortalità dell'11% nelle forme gravi, del 2% nelle forme meglio circoscritte e meno gravi, veramente le sole che dànno indicazione all'operazione. Nei casi non operati ebbe il 4% di mortalità.

Prof. COVA (Siena). — Per la diagnosi rapida della tbc. del collo uterino nota l'importanza della comune ricerca dei bacilli di Kock nel muco che talora può riuscire positiva. Osserva che se è vero che l'anestesia generale negli interventi per tbc. può essere molto pericolosa, anche l'analgesia spinale non è senza pericoli. In un suo caso poche settimane dopo la puntura lombare si ebbe meningite sì da far pensare che il piccolo trauma sulle meningi avesse potuto stabilire una localizzazione della tbc.

Prof. MIRANDA (Napoli). — Osserva la frequenza della tbc. nei paesi a forte emigrazione. Nella terapia dà larga parte alla cura medica. Crede che la cura chirurgica abbia importanza anche per le modificazioni biologiche che determina la castrazione tubo-ovarica. In base ad esperienze eseguite nella sua Clinica specialmente il ricambio dell'azoto e del calcio pensa sia influenzato dalle operazioni di uteroannessiectomia, prima di queste in perdita, dopo invece in ritenzione. Così è pure favorevole per questo concetto alle cure chirurgiche. Riferisce una statistica di 47 casi operati: 2 casi di morte.

Prof. GUZZONI (Modena). — Le larghe contribuzioni degli studi italiani su questo argomento sono poco conosciute all'estero: fa voti che la Società ostetrico-ginecologica italiana dia modo alla più larga diffusione dei nostri studi.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Risponde singolarmente a tutti gli OO. circa i *rapporti fra distrofia e tbc. genitale* (Truzzi), circa l'*autosieroterapia* (Truzzi), circa le *tappe del processo tbc. a livello degli orifici* ed alla opportunità, conseguente a questa nozione, della chirurgia conservatrice nella tbc. genitale femminile (Mangiagalli), circa la *radioterapia*, che vuole applicata con grande prudenza (Cuzzi ed altri), circa la *sindrome neurastenica pretubercolare*, che quindi dovrebbe esser curata (cure mediche) in base a questa nozione, se confermata (Serafini). Non si è occupato della *tbc. delle sezioni genitali al disotto del collo uterino* (glandola del Bartolino) che hanno sindrome e cure speciali (Bertino). Conviene circa l'*opportunità della cutireazione* in ogni caso di ipoplasia genitale e circa la *limitazione degli atti chirurgici nella tbc. del pavimento pelvico* (Alfieri); circa la *guaribilità delle forme tbc.* con cure mediche e chirurgiche associate (Namias): circa la *predilezione della tbc.* per l'età estrema (Ferroni); circa l'*indagine diagnostica del muco del collo uterino tbc.*, preferibile se positiva alla biopsia che può dar luogo a diffusione del processo tbc.

2° TEMA DI RELAZIONE.

Pielite in gravidanza.

Relatore prof. A. BERTINO (Parma).

CONCLUSIONI DELLA RELAZIONE.

Colle espressioni di pielite o di pielonefrite in gravidanza, si suole designare la flogosi delle vie orinarie superiori, la quale può essere limitata al bacinetto ed alla prima porzione dell'uretere, ma che più frequentemente è estesa dalla vescica al rene, e che è in stretta connessione genetica collo stato gravidico.

La pielite delle gravide rappresenta indubbiamente il prototipo delle affezioni, nella genesi delle quali il fattore meccanico esercita un'influenza di gran lunga superiore a quello del fattore biologico, il quale non sappiamo bene se ed in quale misura vi partecipi, perchè le caratteristiche che offre il quadro morboso della pielite gravidica sono essenzialmente subordinate alla azione meccanica dell'utero gestante.

La pielite può comparire come malattia idiopatica nella gravidanza; essa può rappresentare una recidiva o meglio un risveglio di una pielite latente; essa può infine manifestarsi in puerperio, ma anche in quest'ultimo caso su terreno reso ricettivo dalla precedente gravidanza.

Contrariamente a quanto si riteneva un tempo, è malattia piuttosto frequente a verificarsi, e la sua frequenza è a ritenersi superiore a quella risultante dalle statistiche, che si aggira intorno al 4.3 ‰, perchè in un certo numero di casi essa non viene esattamente diagnosticata.

Non pare che il grado di parità abbia una manifesta influenza predisponente alla pielite, perchè la si riscontra quasi con pari frequenza tanto in primipare che in pluripare. Può manifestarsi anche nei primi mesi di gravidanza, ma l'epoca in cui più frequentemente si osserva si può stabilire fra il 5° e l'8° mese.

La pielite gravidica può essere bilaterale, ma più spesso essa è unilaterale, ed in questo caso con grandissima preponderanza ha sede al lato destro.

A determinare la comparsa della pielite in gravidanza concorrono due fattori, e cioè la stasi orinaria nell'uretra e nel bacinetto renale, e l'invasione batterica dell'orina stagnante. La gravidanza crea indiscutibilmente delle condizioni favorevoli tanto per determinare la stasi orinaria, quanto per favorire la infezione del liquido ritenuto nelle vie orinarie.

La congestione e la tumefazione della mucosa dell'uretere, il quale partecipa alle modificazioni circolatorie indotte dalla gravidanza in tutti i visceri pelvici, può spiegare in parte la tendenza alla stasi orinaria ed alla dilatazione dell'uretra e del bacinetto, che si manifestano durante lo stato gravidico. Più che a queste cause ed alle loro conseguenze, si deve però dare importanza alle modificazioni topografiche che l'utero gestante determina in tutti i visceri pelvici e particolarmente sugli ureteri, per spiegare la patogenesi dell'affezione, ed allo stesso tempo la sua prefe-

rita localizzazione al lato destro. I più intimi rapporti che vengono a crearsi fra uretere destro e utero gestante, a cagione dello sviluppo parzialmente infraligamentario a destra di quest'ultimo, secondo il pensiero di Pestalozza, ed il maggior percorso che deve compiere l'uretere destro per giungere alla vescica spostata a sinistra ed in alto dall'utero gravido, secondo il concetto di Cathola, sono condizioni che spiegano le predisposizioni dell'uretere destro ad essere compresso e stirato nella sua porzione pelvica. Conseguenze della compressione, dello stiramento, dello incurvamento e della risultante stenosi dell'uretere pelvico, sono la stasi orinaria e la dilatazione della porzione addominale dell'uretere e del bacinetto destro, che per tali condizioni sono resi vulnerabili all'azione degli agenti infettivi.

L'inquinamento dell'orina ritenuta nel bacinetto, può avvenire per opera di germi di specie diverse, fra le quali primeggiano il bacterium coli, i piogeni, il gonococco ed il bacillo tubercolare. Se per qualche specie batterica è dimostrato che una sola, e sempre quella, è la via seguita dal germe per raggiungere il bacinetto, per la forma di gran lunga più frequente a constatarsi in gravidanza, cioè per la colipielite, è da ammettersi che l'agente morboso possa seguire la via diretta o ascendente o urogena, la via ematica, e la via linfatica. La frequenza colla quale la sindrome pielica è preceduta da una cistite, il fatto che nella gravidanza non si arriva ad una stenosi completa dell'uretere che possa far escludere una comunicazione, sia pure intermittente, fra il contenuto della vescica e la colonna liquida soprastante, la grande mobilità del germe che è in causa, ci inducono a ritenere come più frequente l'infezione per la via urogena.

I pochi reperti anatomo-patologici desunti dalla autopsia di donne morte in seguito a pielite in gravidanza, se dimostrano che le lesioni dell'apparato orinario non si differenziano essenzialmente da quelle riscontrate alla necroscopia di individui morti per la stessa affezione, ma al di fuori della gravidanza, ci dimostrano però anche che per le condizioni sfavorevoli create dallo stato gravidico, e principalmente dal traumatismo del parto, l'infezione pielitica ha tendenza ad invadere le parti vicine del rene, ed a generalizzarsi in forma setticopiemica. Questo risulterebbe per le pieliti da coli, come per quelle da germi settici, onde risulterebbe anche dimostrata la possibilità di una localizzazione genitale dell'infezione dopo il parto.

Il quadro sintomatico che caratterizza la pielite in gravidanza non si differenzia da quello delle infezioni pielo-renali che avvengono al di fuori dello stato gravidico. In esso primeggia la triade fenomenologica costituita dal dolore, dalla febbre e dalle alterazioni orinarie; i primi due possono però mancare o essere appena accennati, nei casi lievi. Il dolore spontaneo, o provocato, in corrispondenza della regione renale, ha molta importanza quando con esso si riscontrano alterazioni dell'orina, particolarmente la batteriuria e la piuria, poichè in questo caso è lecito inferirne che alla flogosi partecipa il bacinetto. La palpazione del rene, e la ricerca dei punti ureterali, riescono malagevoli durante la gravidanza; solo l'esplorazione vaginale può permettere in qualche caso di sentire la ultima porzione dell'uretere e di provocare il riflesso uretero-renale.

L'inizio della malattia può essere brusco ed accompagnato da sintomi clamorosi, oppure può essere subdolo, insidioso; corrispondentemente si può distinguere una forma acuta ed una cronica. Il decorso è assai vario: ora breve, limitato a pochi giorni o a qualche settimana; ora prolungato anche per mesi. I sintomi possono emendarsi gia in gravidanza, più frequentemente ciò avviene dopo il parto; in entrambi i casi si può avere la guarigione, oppure la malattia può mantenersi allo stato di latenza. Caratteristica della pielite è la tendenza alle riaccensioni durante la stessa gravidanza, ed alle recidive in gravidanze successive.

I sintomi ed il decorso clinico della pielite in puerperio non differiscono da quelli della pielite in gravidanza.

La diagnosi in generale non è difficile, purchè si tenga sempre presente la possibilità di questa affezione in gravidanza; si potrà rimanere in dubbio nelle prime fasi della malattia, quando per esempio esista soltanto una batteriuria, ma l'esame batterioscopico delle orine potrà condurre anche in questi casi alla diagnosi. La cistoscopia, il cateterismo degli ureteri, la pielografia, riescono di indiscutibile utilità per la diagnosi dell'affezione, ma essi non sono indispensabili per la generalità dei casi; lo diventano però per la diagnosi della sua uni- o bilateralità.

Ben raramente la vita della madre è messa in serio pericolo, ed i casi di morte per pielite in gravidanza sono sempre rari, di fronte alla frequenza della malattia. Quanto alla guarigione dell'affezione, però, non sempre questa si ottiene completa. I metodi di cura diretta della ritenzione pielica, potendo portare una limitazione nella estensione del processo morboso ai reni, hanno migliorato la prognosi per rispetto alla madre; abbreviando il decorso della malattia essi possono rendere migliore la prognosi anche per il feto, la cui vita per altro è sempre minacciata, inquantochè la pielite determina frequentemente l'insorgenza dell'aborto o del parto prematuro.

La terapia della pielite in gravidanza può essere distinta in profilattica, medica, chirurgica ed ostetrica.

Dal lato della profilassi, l'attenta sorveglianza della gravida, gli opportuni consigli riguardo all'igiene dei genitali esterni, la diagnosi e la cura precoce della batteriuria e della cistite, la regolarizzazione delle funzioni intestinali, il consigliare di evitare una nuova gravidanza a donne che hanno sofferto malattie dell'apparato orinario non completamente guarite, potranno evitare che si sviluppi, o che si ridesti una cistite o una pielite latenti.

Diagnosticata una pielite, è sempre da istituire anzitutto la cura medica, la quale nel maggior

numero dei casi è sufficiente per debellare la malattia. Il riposo a letto, la dieta lattea, le bevande alcaline, i disinfettanti delle vie orinarie, i lassativi, i purganti e i disinfettanti intestinali, rappresentano i mezzi più semplici. Contemporaneamente a tali cure si potrà anche ricorrere alla vaccino-terapia, sebbene non si abbiano ancora risultati concordi che ne dimostrino l'efficacia.

La terapia chirurgica deve venire in sussidio della terapia medica nei casi in cui questa si sia dimostrata inefficace, e quando vi siano fenomeni di ritenzione nella pelvi renale. L'intervento più semplice è costituito dalla distensione vescicale alla Pasteau, che in molti casi è sufficiente per provocare il deflusso dell'orina stagnante. Il più razionale drenaggio dell'uretere però, lo si può ottenere soltanto mediante il cateterismo degli ureteri, unilaterale o bilaterale, al quale si potrà far seguire, quando lo si giudicherà opportuno per la persistenza della febbre, o per la spiccata purulenza delle orine, il lavaggio del bacinetto o l'applicazione del catetere a dimora.

La nefrotomia e la nefrectomia sono le estreme risorse chirurgiche alle quali si può essere chiamati per combattere la pielonefrite in casi di eccezionale gravità, e quando nessun altro mezzo sarebbe idoneo per ottenere lo scopo. Il primo di tali interventi è per lo più sufficiente, e trova la sua netta indicazione, tanto in gravidanza, come dopo il parto, quando persiste febbre elevata, e si hanno i segni fisici di una raccolta purulenta nel bacinetto o nel parenchima renale. La nefrectomia è giustificata unicamente nei casi di pielonefrite tubercolare unilaterale, o quando sia riuscita inefficace la nefrotomia.

La terapia ostetrica, consistente nella interruzione della gravidanza, trova infine la sua indicazione quando, essendo la gestazione vicino al suo termine, non sia indicata, o si ritenga troppo grave la nefrotomia; ed in tal caso questo intervento può essere indicato anche nell'interesse del feto, la cui esistenza potrebbe essere messa in pericolo dalla gravità dell'affezione materna.

Discussione alla Relazione II.

Prof. GAIFAMI (Roma). — Riferisce su 100 casi di pielite in gravidanza della Clinica di Roma (1908-1920) su un materiale di 20000 ricoverate (1 su 200). Si contò un ugual numero di primipare e di pluripare, ma ciò depone, osserva l'O., per la prevalenza delle primipare (recidiva della pielite nelle successive gravidanze delle pluripare; proporzione della pluriparità e primiparità). L'inizio della sindrome si ebbe intorno al VI mese nel maggior numero dei casi. L'inizio precoce depone per pregresse sofferenze urinarie prima della gestazione. La lesione si riscontrò unilaterale nel maggior numero dei casi; bilaterale in 13. Netta la tendenza prevalente al parto prematuro. La forma ascendente della malattia non può più esser negata come casi clinici numerosi dimostrano. Cure precoci in ogni caso e profilattiche in caso di pregressa lesione delle vie urinarie, sempre necessarie. Mostra — a proposito del cateterismo ureterale a permanenza nella cura della pielite — fotografia di ripiegature del catetere in un caso lasciato in posto 24 ore. Ricorda l'O. i primi suoi tentativi di vaccinazione per la pielite con buon esito non sempre però costante. Buoni risultati si ottennero in Clinica con la distensione sistematica della vescica e tale cura è raccomandabile al medico pratico.

Prof. COLOMBINO (Milano). — Riferisce su 95 casi personalmente osservati nell'Istituto ostetrico-ginecologico di Milano (1914-1921). Ricorda le sue recenti pubblicazioni sull'argomento. Rileva la particolare importanza dello studio della funzionalità renale comparativa, utile alla sicura dimostrazione delle lesioni renali. Sulla base di numerosi successi difende il suo metodo di coliterapia endovenosa, dimostrandone la portata e le indicazioni.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Crede che di fronte ad un caso suscettibile di cura chirurgica questa debba esser messa a partito prima della interruzione della gravidanza. Questa deve ritenersi sempre controindicata in periodo abortivo.

Prof. FERRONI (Firenze). — Riferisce su 33 casi di pielite osservati nella sua Clinica durante gli ultimi 12 mesi dei quali 26 in donne gravide, 7 in forme ginecologiche. Si trovò 28 volte *bacterium coli,* 2 gonococco, 3 b. tifo in tifose. L'O. fa utili considerazioni sulla importanza della via ematica dell'infezione delle vie urinarie alte. In tutti i casi fu praticata la cistoscopia utile anche alla dimostrazione dell'ipofunzione renale del lato leso, necessaria alla cura. Nota che questa disfunzione renale persiste anche dopo la guarigione della malattia. La ritenzione dell'urina nella pelvi e nell'uretere è constatabile in 1/3 dei casi. La distensione della vescica fa vedere che il liquido può rimontare nell'uretere leso il cui sbocco si presenta pervio e beante, il che fa vedere non necessaria la stasi urinaria per la insorgenza della pielite e la possibilità dell'infezione ascendente diretta nell'insorgenza prima e nelle recidive della malattia, specie a causa del parto. Tutti i metodi di cura risultarono buoni nel maggior numero dei casi (lavaggio pelvi-ureterale-vaccinazione) sopratutto utili le iniezioni endovenose di urotropina (fiale Schering — 0,20 % di urotropina da 5 a 10 cmc. — 4-6 iniezioni in tutto distanziate di giorni) le quali possono entrare nell'esercizio pratico professionale.

(Continua).

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente.

LA REDAZIONE.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA

La reazione di Wassermann e i dati clinici.

La reazione di Wassermann, anche se fatta da persona esperta e su cui non si abbiano dubbi per la tecnica, non corrisponde all'idea che si sono fatta il pubblico ed i medici, poco familiarizzatisi con essa. Si pretende spesso che il sierologo faccia una diagnosi e stabilisca se l'individuo è o non sifilitico, concetto quanto mai erroneo.

Ammessa una tecnica ineccepibile bisogna tener presente quanto segue: nelle prime 4-6 settimane dall'infezione, la reazione è abitualmente negativa; è spesso positiva nel periodo secondario, pure essendo però negativa in qualche caso. Finiti i sintomi del periodo secondario, che talora sfuggono all'osservazione del medico, la reazione può essere nuovamente negativa, e ciò non ostante, il sifilitico può essere ancora causa di contagio. Il trattamento può cambiare la reazione da positiva in negativa, senza che si possa per questo concludere per la guarigione. Nel periodo terziario aumenta la proporzione delle reazioni negative, le quali non debbono far escludere il trattamento specifico se i dati clinici danno il sospetto di sifilide. Negativa è spesso la reazione nella sifilide maligna e nel 15-18 % delle madri con figli affetti da sifilide congenita.

La reazione può invece essere positiva nella scarlattina, pellagra, lebbra, febbre ricorrente, tifo esantematico, talora nella malaria; nell'ulcera molle, si può avere pure reazione positiva, per cui, oltre alla ricerca della spirochete bisogna bene assodare i fatti clinici. All'infuori di questi casi, la reazione positiva fa concludere generalmente per l'esistenza di sifilide; bisogna però tener presente che, talora, estratti ed ambocettori di diversa provenienza danno risultati diversi, mentre poi si hanno qualche volta reazioni paradossalmente positive in individui senza alcun sintomo di sifilide; J. Heller (*Zeit. f. ärztlich. Fortbildung*, giugno 1921) cita dei casi di clorotiche e di isteriche con sintomi basedowiani e reazione di W. positiva.

Si deve concludere che la sierologia non può sostituirsi alla clinica; se entrambe coincidono, la condotta del medico è manifesta. Non si deve però continuare nel trattamento per il solo fatto che la reazione è positiva, inversamente, la negatività in una sifilide antica non deve ritenersi di prognosi assolutamente favorevole.

La reazione negativa non ha valore davanti a fatti clinici nettamente positivi; se questi sono dubbi, la reazione positiva potrà essere un argomento in favore, quella negativa impone la necessità di ripetere l'esame. Le maggiori difficoltà si hanno nei casi con reazione positiva e nessun dato clinico in favore della sifilide; la reazione debole, in tali circostanze non ha valore, se invece è evidente, converrà ripeterla anche diverse volte prima di decidersi per il trattamento specifico.

fil.

TERAPIA.

Trattamento della proctite.

La proctite si manifesta spesso acutamente con brivido e febbre: sensazione di peso, di bruciore, di dolore al retto, irradiantesi alle cosce ed al sacro: pollachiuria, tenesmo vescicale; contrazione degli sfinteri con continuo bisogno, non mai pienamente soddisfatto, di vuotare il retto. Le feci sono espulse con pena, si produce facilmente il prolasso nei bambini. Le prime scariche son fecali, poi sono tinte di sangue e miste a muco. Il sintomo più penoso è il tenesmo rettale.

È consigliabile esaminare il paziente sotto anestesia locale (novocaina al 2 %) o generale; l'ano si presenta rosso, dolente, lo sfintere contratto: con lo speculum si vede la membrana congenita, edematosa; negli stadî avanzati con ulcerazioni, da cui possono derivarne peritoniti od ascessi. (C. J. Drueck. *Med. Record*, 6 ag. 1921).

Per la cura bisogna anzitutto eliminare la causa: le feci stagnanti vanno allontanate: si somministra un purgante salino in dose sufficiente da produrre scariche liquide, dopo le quali si faranno irrigazioni con soluzione fisiologica a 43°, tenendo l'irrigatore ad altezza di 45-60 cm. dal corpo, che deve stare in posizione laterale con le natiche rialzate; si provvederà per un conveniente deflusso della soluzione destinata a pulire. Si inietteranno poi 5-6 cmc. di soluzione 1: 5000 di nitrato d'argento, invitando il paziente a trattenerla. Se il dolore ed il tenesmo non migliorano, si daranno suppositorî con 6-12 cg. di oppio. Se i sintomi continuano dopo tre giorni di questo trattamento, ciò significa che vi sono ulcere della parete rettale; si cercano introducendo lo speculum, mentre il paziente è in posizione genupettorale: si ripuliscono e si

toccano con ittiolo o con nitrato d'argento a 5 %.

Dieta: escludere il latte ed i vegetali fibrosi; dare pappe di avena, riso, orzo, albume d'uovo, gelatina, brodi di carne, peptoni: bere largamente acqua sotto forma di decotto di seme di lino aromatizzato. Il paziente deve stare a letto fino a che siano scomparsi pus e sangue dalle feci. *fil.*

Cura del prolasso del retto nell' infanzia.

D'Espire, della clinica di Ginevra, ha introdotto il trattamento con le iniezioni di alcool. Previa somministrazione di un purgante, eventualmente anche applicazione di un clistere, sotto anestesia, si introducono d'ambo i lati del retto cmc. 1.5 di alcool assoluto. Il perineo viene dapprima pulito con alcool metilico e disinfettato con tintura di jodio: si introduce un ago ordinario, già montato sulla siringa, a 7 mm. circa dal margine anale lungo il retto, fino a circa 2½-3 pollici (cm. 6.2-7.5): si ripete l'iniezione dall'altro lato. Si occludono le punture con collodio, si applica un panno grande e si fasciano strettamente le natiche; il bambino non deve alzarsi per defecare, durante i 7-10 giorni di degenza in letto; si cambia frequentemente il panno.

L. Findlay (*Brit. Journ. of Children's diseases*, 1921, pag. 83) ha trattato così 22 casi di prolasso rettale, che durava anche da lungo tempo, in bambini dai 5 mesi ai 7 anni. Il prolasso si produceva ad ogni scarica ed esigeva la riduzione manuale; in alcuni bambini il prolasso era permanente. Praticamente si ottenne la guarigione in tutti i casi, in alcuni dei quali le iniezioni furono ripetute una o anche due volte. L'A. ritiene inutile curare in precedenza la diarrea, la quale è mantenuta spesso dal prolasso.

Due sono i fattori che influenzano la guarigione: l'uno è l'irritazione locale, dovuta all'igiene, con consecutiva formazione di tessuto fibroso e fissazione della parete rettale (l'A. però non ha mai trovato induramenti o stenosi): l'altro fattore, che sarebbe il più efficiente, è il ritorno del tono dello sfintere, che si ottiene entro una diecina di giorni. *r. s.*

TECNICA

Gli aghi d'acciaio per la puntura delle vene.

Gli aghi di acciaio hanno il difetto di ossidarsi rapidamente e di divenire inutilizzabili. P. P. Levy (*Presse médicale*, 1921, n. 78) propone il metodo seguente che permette la sterilizzazione dell'ago e lo protegge dalla ruggine.

Se si tratta di un ago nuovo, tolto il mandrino, si introduce con la punta in basso in un tubo da emolisi sterile; vi si versa una soluzione di paraffina in cloroformio (3 %), in modo che vi sia completamente immerso, e si tappa il tubo con sughero. Dopo un'ora l'ago può considerarsi sterile; lo si può lasciare indefinitamente, oppure si può estrarlo, con una pinza passata alla fiamma, e metterlo, con la punta in basso, in un tubo sterile con tappo di ovatta. Si rovescia il tubo sicchè l'imboccatura dell'ago venga ad appoggiare contro il cotone, nel quale scola dall'ago stesso il cloroformio paraffinato; l'evaporazione completa di questo può ottenersi tenendo poi il tubo a 37° per 2 ore, oppure a temperatura ambiente per 24 ore, l'ago al momento dell'uso si estrae con le note cautele batteriologiche. Con tali procedimenti, esso viene rivestito all'interno da un sottile strato di paraffina, che lo protegge dalla ruggine e permette che il sangue coli senza aderirvi nè coagulare; il sistema riesce bene anche con aghi di piccolissimo calibro. Per gli aghi già usati, si fa passare prima una corrente di acqua poi 2 cmc. di alcool a 95°, poi 2 cmc. di cloroformio. *fil.*

IGIENE.

Le controindicazioni dell'esercizio muscolare nei fanciulli.

Al medico vengono spesso richiesti certificati per dispensare gli alunni dalla ginnastica e dagli esercizi fisici; fra i numerosi certificati di compiacenza che vengono rilasciati, questi provocano forse i maggiori danni, perchè, con lo specioso pretesto di debolezza fisica, privano dell'esercizio muscolare all'aria aperta proprio quei giovani, che ne avrebbero maggiormente bisogno.

Vi sono però casi in cui realmente l'esercizio può dare disturbi e deve essere proibito. H. Godlewski (*Journ. médical français*, agosto 1921) li riunisce sotto due tipi:

1. *Forma mictossiemica.* — Trattasi di fanciulli che non sono astenici, ma anzi appassionati per i giuochi, spesso anche audaci, e non accusano malessere nè sensazione di fatica. Essi hanno però un aspetto di sovraffaticati, *pallidi*, con gli occhi cerchiati; il pallore è più evidente alla sera, dopo l'esercizio fisico; allora hanno anche meno appetito, talvolta vomiti alimentari nella notte. All'esame fisico, si presentano con torace stretto, braccia sottili, muscoli della cintura scapolare molli e flaccidi, invece i muscoli della cintura pelvica e degli arti inferiori sono normali e solidi; la tensione arteriosa è inferiore alla normale.

Nell'anamnesi di questi fanciulli si trovano vomiti acetonemici e frequenti rinofaringiti, che si accompagnano ad abnorme ipertermia.

2. *Forma di ipermetabolismo funzionale.* — Gli scambi fisiologici sono irregolari per eccesso di consumo. I fanciulli si presentano con un aspetto generale soddisfacente; hanno bulimia, dimagrimento, tachicardia (in riposo 90, dopò esercizio 110); tensione arteriosa normale, non si osserva ipertrofia tiroidea. Tenuti in riposo, tali fanciulli non dimagrano più in quanto che il loro consumo energetico è superiore alla normale, ma può venir compensato mediante l'alimentazione se non viene esagerato da un lavoro muscolare eccessivo.

L'esercizio fisico è anche controindicato, quando la curva dell'accrescimento fa degli sbalzi esagerati, in quanto che verrebbe ad aggiungersi un eccesso di consumo, per cui gli scambi si farebbero difettosi e si avrebbe dimagrimento. Tali sbalzi si osservano spesso dopo lunghe infezioni.

Altra controindicazione è costituita dalle malattie croniche, fra cui le affezioni cardiache e la tubercolosi specialmente polmonare; per l'albuminuria ortostatica, bisogna pure avere molto riguardo e non riprendere l'esercizio appena scomparsa l'albumina dopo il periodo di riposo. Una controindicazione temporanea all'esercipio fisico è data dall'insufficienza alimentare, che si osserva in fanciulli sottomessi a regimi speciali in seguito a disturbi gastro-intestinali. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La secrezione interna della milza.

Fra le varie funzioni assegnate alla milza pare vi sia anche quella di regolare il numero delle emazie nel sangue circolante a mezzo di una speciale secrezione interna (Nathan B. Eddy, *Endocrinology*, luglio 1921). Questa proprietà del tessuto splenico è stata studiata dall'A. che ha somministrato per via ipodermica milza secca e triturata disciolta in 2 cc. di soluzione fisiologica, ad alcuni conigli, nella dose di 10 mgr. per chilogrammo di peso.

Contati i globuli rossi, subito dopo si notò la diminuzione del 5.88% di essi per una durata di 69 minuti; i globuli bianchi si mostrarono aumentati di numero (leucocitosi).

Risultati simili si ottennero somministrando sempre per via ipodermica un estratto fresco di milza ai cani. Il midollo osseo eccitato dalla scarsezza di emazie nel sangue circolante ne mette in circolo un numero tale di nuove da sopravanzare il difetto precedente; onde è che altri autori avendo ritardato oltre il necessario nel conteggio dei globuli rossi, furono tratti in inganno da questo aumento ulteriore compensatorio di origine midollare e lo addebitarono all'azione dei principî attivi del tessuto splenico messi in circolo, traendo, dagli stessi esperimenti, conclusioni del tutto opposte a quelle dell'autore. L'azione della leucocitosi sarebbe quella di sbarazzare il sangue dai detriti delle emazie distrutte.

Probabilmente la diminuzione delle emazie circolanti è dovuta ad una depressione dell'attività ematopoietica del midollo osseo influenzato dall'estratto splenico, oppure ad un temporaneo allontannmento delle emazie dal sangue circolante.

Alle splenectomie in genere tien dietro dopo breve tempo diminuzione nel numero delle emazie e leucocitosi.

Anche questa leucocitosi è interpretata come necessaria per sbarazzre il sangue con una attiva fagocitosi dei detriti delle emazie frammentate.

Non è possibile per ora stabilire la natura chimica ed il modo di azione di questo ormone splenico che regolerebbe la quantità di emazie circolanti. RADOGNA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1149) *Contro l'ipertricosi.* — Al dott. F. F. abb. n. 10581:

Contro l'ipertricosi è consigliabile, oltre l'elettrolisi, anche la depilazione a mezzo del radium o dei raggi X, adoperati però con le massime cautele per impedire dermatiti, necrosi dei tessuti e cicatrici consecutive. Anche l'antitiroidina è consigliata in quelle forme che si suppone legate ad ipertiroidismo. Nelle donne talvolta lo sviluppo anormale dei peli può essere conseguenza di disturbi della sfera genitale e di questa circostanza va tenuto conto nella terapia. V. MONTESANO.

(1150) *La sierodiagnosi di Widal nel liquido cefalo-rachidiano.* — All'abb. n. 13316:

Nel liquido cerebro-spinale d'ordinario non passano le agglutinine contenute nel siero di sangue, quindi nessun valore pratico può essere attribuito ad una agglutinazione per mezzo del liquor. *t. p.*

(1151) *Periodici medici.* — All'abb. n. 13313:

Il nostro *Policlinico*, Sezione pratica, e la *Presse médicale* rispondono ai requisiti da Lei richiesti. *t. p.*

VARIA

Una conseguenza della legge sulle otto ore.

Il dott. Warren Crows dichiara che, dopo l'applicazione della legge sulle otto ore in Inghilterra, i casi di nistagmo tra i minatori sono divenuti più numerosi. Egli attribuisce questo fatto al lavoro troppo continuativo: invece di quaranta minuti per il pasto, i minatori non ne prendono più che quindici; ne conseguono disturbi digerenti e uno stato di fatica generale, favorevoli alla produzione di quella forma morbosa caratteristica. Secondo l'autore, la durata dell'intervallo dovrebbe essere di un'ora.

Il rilievo del medico inglese ne conferma uno del medico belga Rutten, a parere del quale ogni intensificazione del lavoro tra i minatori predispone a quell'affezione professionale.

(*Le Scalpel*, 8 ott. 1921). R. B.

Sulle firme illeggibili di certi medici.

Il Commissario civile di Trieste, con lettera dell'11 giugno scorso inviava alla Soprastanza della Camera dei Medici la seguente nota:

« Si verifica molto spesso che a quest'ufficio vengono presentati, per la legalizzazione delle firme, certificati medici firmati in modo illeggibile o soltanto con il cognome del rispettivo medico.

« Poichè la decifrazione di tali firme va congiunta con una rilevante perdita di tempo e, talvolta, riesce affatto impossibile con grave danno della parte, si prega codesta Presidenza di richiamare l'attenzione dei membri della Camera medica su tale inconveniente, invitandoli a firmare i certificati in maniera chiara e leggibile e, con riguardo all'omonimia di alcuni medici, con il nome ed il cognome ».

E davvero non soltanto nella Venezia Tridentina, ma in ogni angolo d'Italia sembra che moltissimi medici si studino di usare una calligrafia indecifrabile, e non soltanto nelle firme, mentre non dovrebbe essere molto difficile scrivere in modo almeno intelligibile, specie quando trattasi di ricette con prescrizioni che coinvolgono non poche responsabilità. (*L'Avvenire Sanit.*)

Trapianto degli occhi.

The Hospital del 13 agosto, dà qualche maggior chiarimento sui risultati *claimed* dallo studente ungherese Koppanyi in rapporto al trapianto degli occhi.

Koppanyi lavora con Przibram a Vienna e trapianta gli occhi di salamandre, pesci e ratti. Egli enuclea un occhio e lo sostituisce immediatamente con un altro fissando con un punto le palpebre.

Il nervo ottico e i vasi si risalderebbero e la integrità istologica del globo oculare permarrebbe.

Non si capisce dal contesto che cosa succeda della funzione.

Il periodico da cui traiamo la notizia non mette in dubbio il reperto limitandosi a discriminare le ragioni che fanno ritenere inapplicabile per ora il metodo all'uomo.

(*Pathologica*, 15 ott. 1921).

La circoncisione previene la sifilide.

Così assicura con tono convinto, perfino biblico, un medico nord-americano, il dott. Irvine, in un breve articolo nel numero di luglio di quest'anno del *Virginia medical monthly*.

La sifilide acquisita si contrae per infezione attraverso un'abrasione del prepuzio, quindi rimovendo il prepuzio voi non avrete abrasioni, poichè la mucosa del glande diviene tenace come la cute, ed allora le abrasioni si producono molto difficilmente, si può calcolare in appena il 5 per cento delle volte.

Gli ebrei sono raramente affetti da sifilide in conseguenza della circoncisione prescritta dalla Bibbia, l'universale guida di tutti.

La sifilide, dopo la tubercolosi, è la maggiore causa di morte. Il dott. Irvine calcola che la *circoncisione obbligatoria di Stato* potrà prevenire la morte di 50 mila persone ogni anno negli Stati Uniti; in pochi anni essa farà praticamente scomparire la sifilide tanto acquisita che ereditaria; la donna viene contagiata dall'uomo e questi dalla donna in un circolo vizioso; la profilassi in un sesso previene dunque l'infezione dell'altro.

Sarà una misura igienica più efficace che tutto il mercurio, l'iodo ed il salvarsan del mondo!

La prevenzione dell'abrasione del pene è la chiave di volta dell'arco nella profilassi antiluetica; la sua importanza dovrebbe essere riconosciuta universalmente.... « Prova ogni cosa, fermati tenacemente a ciò che è buono » è l'ingiunzione biblica da seguire sempre.

(*La Liguria Medica*).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Bonzani Guido e Pizzigalli Luigi. *Il Padiglione « Accettazione e Guardia » dell'Ospedale Maggiore di Milano.* — Milano, Tip. Antonio Cordani, 1921.

Bollettino amministrativo-statistico del Comune di Ravenna. Ravenna, Tip. Dante Alighieri, 1921.

Pasini Umberto. *Un decennio di pratica chirurgica* 1902-1912. Bologna, L. Cappelli, 1914.

Id. *Feriti di guerra* (1915-1918). Bologna, L. Cappelli, 1921.

Agosta Aldo. *L'esame delle funzioni renali.* Milano, Soc. Ed. Libraria, 1920.

Id. *La Paraepilessia.* Milano, Martini e Mattazzi, 1921.

Id. *L'innervazione sensitiva del facciale.* Milano, Carlo Sironi, 1921.

Pascale C. *Le provvidenze sanitarie pei tubercolotici di guerra in Napoli nel dopo-guerra.* Napoli, Tip. Enrico M. Muca, 1920.

Lustig A. *Studi ed osservazioni sulla Pellagra* (Relazione del sen. prof.). Firenze, Enrico Miani, 1920.

Samaja Nino. *Morbo di Hirschsprung e nanismo ipofisario.* Pesaro, G. Federici, 1920.

Cassanello Rinaldo. *Rene mobile ed appendicite* Milano, F. Vallardi, 1920.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso degli Ordini dei Medici.

Il giorno 27 novembre u. s., nella sala della sede di Roma, si è riunito il VI Congresso degli Ordini dei Medici.

Sono intervenuti numerosi delegati: i dottori Giglioli, Firenze; Fischietti, S. Remo; Botti Marsilia e Landolfi, Napoli; Porcaccini, Verona; De Gregorio, Roma; dottoressa Mira Carcupino, Ferrara; dottor D'Agnoni, Novara; Ronconi, Cremona; Flamma, Arezzo; Baroni, Trento; Chiesa, Udine; Mandragora Domenico, Bari; Nicastro Saverio, Napoli; Secchieri Arturo, Lendinara; Bentivegna Antonino, Palermo; Bola, Campobasso; Ercolani, Forlì; Giovanni Castronuovo, Palermo; Trettenuero, Padova; Piccoli, Milano; Bischi, Ferrara; Ambrosi Gianfranchi, Massa; Iomelli, Parma e molti altri.

Alla presidenza prendono parte: il presidente della Federazione prof. Luigi Silvagni, il vicepresidente Ballerini di Roma, il segretario dottor Ennio Tonioli di Bologna, il dott. Braccio Braccini di Terni.

Apre la seduta il presidente della Federazione dott. Silvagni, il quale dopo aver rivolto un elevato saluto agli intervenuti, passa ad occuparsi del dissenso manifestato da alcuni Ordini, ai quali rivolge caldo invito di intervenire all'attuale riunione per svolgere quivi tutte le loro critiche all'azione federale. Termina ricordando le parole pronunciate nell'ultima riunione per incitare i medici a fare opera di pacificazione sociale per il libero svolgimento delle iniziative nazionali e per il bene del nostro paese. L'elevato discorso del prof. Silvagni è coronato da vivissimi applausi quindi si procede alla costituzione dell'Ufficio di presidenza. Su proposta di Caiano di Salerno viene per acclamaznione confermato alla presidenza il prof. Silvagni e a segretario sono nominati il dott. Tonioli e Dagnoni; il dott. Braccio Braccini rivolge un commosso saluto alla memoria del dott. Guglielmo Grifi di Passignano morto sulla breccia in difesa dei diritti dei medici condotti.

Il presidente illustra la relazione morale esponendo sinteticamente tutta l'opera compiuta dalla presidenza dall'ultimo Congresso ad oggi.

Accenna allo sciopero dei Medici condotti di Casale Monferrato ed alla incresciosa vertenza di Stradella che potrà risolversi sol quando la classe medica saprà imporre la propria volontà.

Informa il Congresso di un progetto dell'on. Maffi sulle previdenze per i tubercolotici di guerra.

Confutando poi le varie critiche mosse alla Federazione riafferma un suo concetto della necessità di una maggiore organizzazione degli Ordini e ricorda al riguardo la propaganda fatta perchè gli Ordini stessi si trasformassero da liberi in legali, con obbligatorietà dell'iscrizione. Propugna la partecipazione di una rappresentanza di una classe medica nella formazione di mezzi sociali paritari e lamenta che gli Ordini non funzionino, il che impedisce anche un migliore funzionamento della Federazione. Informa l'assemblea di tutte le altre pratiche completate dalla Federazione e termina sostenendo la necessità dell'abolizione dell'art. 3 perchè gli Ordini rientrino nell'osservanza della legge e per impedire che contro di essi si consumi qualsiasi sopraffazione.

Alla discussione che segue partecipano con notevoli discorsi il dott. Ronconi di Cremona, il dott. Tonelli di Parma, Fischietti di S. Remo, Ganger di Salerno, Giglioli di Firenze, Bertazzoli di Milano, Garosi di Torino, Oriani di Vicenza, Morandi D'Agnoni di Cremona, Abbruzzetti di Venezia ed altri.

I ultimo si approva, con un ordine del giorno di Ronconi, Valeri e Rabitti la relazione morale e l'opera compiuta dalla Federazione.

Nella seduta pomeridiana presieduta dal prof. Silvagni, sono presenti tra gli altri la presidente delle levatrici d'Italia dottoressa Malacarne di Ferrara ed il generale medico prof. Santucci, il quale reca il saluto del generale Della Valle, direttore della Sanità militare e l'augurio che tutti i problemi della classe abbiano il più completo successo.

Si accende una lunga ed animata discussione in ordine alla verifica dei poteri ed in merito si approva l'ordine del giorno del prof. Fatichi di Firenze, con cui si fa invito agli Ordini di tornare in seno alla Federazione.

Si approva la relazione finanziaria esposta nitidamente dal cassiere dott. Braccio Braccini di Terni, il quale illustra dettagliatamente le modifiche da apportarsi allo Statuto, che dopo brevi discussioni vengono approvate.

Nella seduta antimeridiana del 28 settembre il prof. Silvagni comunica le adesioni degli on. Cirincione e Cazzamalli. Tra i numerosissimi intervenuti si nota la dott.ssa Carcupino-Ferrari, Pres. dell'Associazione fra le donne laureate in medicina.

In principio di seduta il prof. Ettore Levi, espone il programma di azione dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, organo pratico-scientifico di propaganda di consultazione, di coordinamento e di studio fondato dallo stesso relatore. Il programma di azione del nuovo Istituto è ispirato a finalità umanitarie e pratiche: con esse si tende ad elevare la coscienza igienica del popolo ed a rendere maggiormente edotte le classi dirigenti dei gravissimi danni igienici ed economici che al patrimonio umano della Nazione vengono arrecati dal crescente dilagare delle malattie sociali: l'alcoolismo, la tubercolosi, la mortalit àinfantile, le malattie sessuali, la malaria, il tracoma, ecc., che associate nella loro comune opera distruttiva, rappresentano per la Nazione un flagello di tale entità, da superare, nel tempo, gli effetti di qualunque evento catastrofico

La esposizione del prof. Levi è coronata da applausi. Il presidente prof. Silvagni rivolge al re-

latore parole di ringraziamento e di plauso. Aggiungono anche espressioni di incoraggiamento e di simpatia per l'iniziativa del prof. Levi, l'on. Dore e il prof. Giglioli, il quale in unione del dottor. Martinelli presenta, e l'assemblea approva un ordine del giorno di plauso e di adesione.

Dopo l'approvazione di quest'ordine del giorno il prof. Silvagni riferisce sulle « Onoranze ai medici caduti in guerra », esponendo quanto in proposito ha fatto la Federazione, nel senso di pubblicare quanto prima, in accordo con la Sanità Militare e marittima, un volume in onore dei gloriosi caduti, ai quali rivolge un commosso e riverente pensiero.

Il dott. Garosci, di Torino, annunzia che nell'Ospedale di S. Giovanni Maggiore della sua città verrà inaugurato un monumento ai medici ed agli studenti di medicina torinesi caduti in guerra; invita perciò i colleghi ad intervenire alla cerimonia.

Il presidente prof. Silvagni ricorda con nobili parole l'eroismo del dott. Giulio Ascoli di Trieste che ha preferito lasciarsi morire di fame a Vienna, anzichè essere incorporato nell'esercito austriaco.

Si imprende quindi l'esame delle modificazioni alla legge sugli ordini, su cui fa un'ampia relazione il pres. prof. Silvagni. In merito il dott. Garosci di Torino presenta un progetto di una nuova legge, formulato dal suo Ordine e sul quale riferisce il dott. Mattioli-Bertacchini, che, non potendo per la ristrettezza di tempo commentare io schema di legge proposto dalla Commissione eletta dall'Ordine di Torino, si limita ad accennare ai nuovi desiderati da introdursi nella nuova legge. Sulla necessità di far sì che i Sanitari di Stati esteri che non ci usano reciprocità non siano iscritti in Albo fintantochè non abbiano sostenute quelle prove generali e speciali che assicurino della loro idoneità all'esercizio della professione; sulla necessità che nella legge sia detto che il Consiglio Superiore di Sanità in tema di ricorsi debba pronunciarsi nel merito delle questioni ottenuta l'osservanza delle norme procedurali; stabilire che l'esercizio della professione senza la iscrizione in albo o in elenco sia punibile in conformità dell'art. 53 T. U. delle leggi sanitarie; sulla necessità di aggiungere all'art. 10 della vigente legge un comma in cui sia detto che a far parte della Commissione che preparerà il regolamento in applicazione della nuova legge siano chiamati un medico chirurgo, un veterinario e un farmacista, eletti dal rispettivo ordine nazionale.

Circa i dentisti non medici, è stato approvato il seguente ordine del giorno:

« Il VI Congresso della Federazione degli ordini dei medici; vista la proposta di legge dell'on. Sandulli per l'istituzione degli Ordini degli Odontoiatri:

Considerato che la categoria dei dentisti non medici è destinata a scomparire per effetto della legge 31 marzo 1912, n. 298 che impone la laurea in medicina per l'esercizio della Odontoiatria e protesi dentale:

Considerato altrsì che il proposto ordine del degli odontoiatri potrebbe divenire facile pretesto alla continuità indefinita di tale classe di professionisti e fomite di nuove sanatorie, sospetto non azzardato poichè lo stesso progetto Sandulli tende coi suoi articoli due e undici a legalizzare la posizione di un'altra numerosa schiera di dentisti abusivi;

Ritenuto che la giusta aspirazione dei dentisti non medici a salvaguardare il decoro della loro classe e a resprimere gli abusi dei suoi membri possa realizzarsi assai megliò deferendone la tutela agli ordini dei medici, poichè tali abusi, come l'esperienza insegna, sono costituiti quasi sempre dalla usurpazione dei titoli e delle attribuzioni dei medici;

Si dichiara risolutamente contrario all'approvazione della proposta Sandulli e conferma il proprio deliberato di promuovere una legge che affidi agli ordini dei medici la compilazione dell'elenco dei dentisti diplomati e abilitati e la tutela della disciplina degli iscritti in tale elenco ».

Nella seduta pomeridiana il dott. Mattioli-Bertaccini riferisce sulle trattative condotte, con esito favorevole, insieme ai dottori Ballerini e Martinelli col rappresentante degli eredi del prof. Toscani.

Si imprende poi la trattazione del tema: « Assicurazione obbligatoria contro le malattie », su cui fa un'ampia e lucida relazione il prof. Silvagni.

Il dott. Fatichi di Firenze, premesso che la classe medica ha mutato orientamento in fatto di assicurazione obbligatoria contro le malattie, vorrebbe innanzi tutto che i medici, trattandosi di cambiamento di contratto, ottenessero dalla nuova legge un miglioramento delle nuove condizioni, specialmente agli effetti della pensione. L'oratore afferma che l'assicurazione obbligatoria presenta incognite e pericoli.

La discussione che si svolge sull'appassionante argomento si fa lunga ed animatissima e vi partecipano con interessanti discorsi i congressisti: Abbruzzetti, Mattioli, Martinelli, Brunelli, Giglioli, Pieraccini, Bentivegna, Bonazzola, Tonelli, dottoressa Carcupino-Ferrari, ed altri ai quali tutti replica infine il presidente prof. Silvagni.

La discussione si chiude con l'approvazione di un importante ordine del giorno del dott. Oriani di Vicenza.

Il presidente a questo punto rivolge, tra vivi applausi, sentite parole di ringraziamento al dottor Donioni, che ha sostituito il compianto dottor Domenichini nelle funzioni di segretario.

Il dott. Martinelli, presidente dell'Associazione medici condotti, si occupa delle tarife giudiziarie, e come mezzo di lotta per sollecitarne le modificazioni, propone di fare bensì referti e perizie ma dove il dubbio scientifico lo consenta di astenersi dal precisare diagnosi e prognosi in modo che al giudice manchino gli elementi non solo di giudizio, ma anche per i provvedimenti procedurali.

Su proposta del prof. Silvagni si confermano i voti del precedente congresso e si approvano alcu-

ne modifiche proposte e si delibera di aggregare al Cosiglio federale il dott. Mattioli-Bertacchini per collaborare nella compilazione del memoriale sulla riforma della legge degli Ordini dei sanitari.

Si stabilisce che l'attuale Consiglio federale resti in carica fino all'aprile del 1922 in cui viene riconvocato in Roma il Congresso.

L'on. Cirincione, reca al Congresso la adesione e la solidarietà del gruppo medico parlamentare.

Sul tema: «Una violazione della legge sui Manicomi come pericoloso precedente per l'avvenire degli istituti ospedalieri» riferisce il prof. Pugliese di Firenze, dando ragione di un ordine del giorno che viene approvato dall'assemblea.

Il prof. Borri di Firenze parla di un «nuovo ordinamento del sistema peritale» che dà luogo ad una dotta discussione da parte di molti sanitari. Si approva, in proposito, un ordine del giorno nel quale a conclusione, si fanno voti che il Ministro della giustizia voglia affidare allo studio di una Commissione mista di giuristi e di medici la elaborazione di nuovi ordinamenti di procedura, i quali rivendicando saggie e nobili tradizioni paesane di collegi medici consultivi e collaudatori restituisca l'Istituto suddetto alla dignità civile che gli compete, reintegrandone l'intrinseco pregio e l'affidativo valore.

Circa le tariffe medico-legali si approva il seguente ordine del giorno dei professori: Canger, Gaiano, Galletti **ed altri**:

«Il Congresso; considerato che i medici furono già troppo lusingati da promesse di radicali miglioramenti delle tariffe medico-legali; entre queste promesse si dimostrano in contrasto con i fatti, quale l'atteggiamento di magistrati che si permettono, nel computo delle vacazioni da liquidare al medico perito, falcidie ingiustificate ed offensive per il decoro dei sanitari; delibera che a datare dal 1° marzo 1922, qualora nel frattempo non sia avvenuta la promulgazione della promessa legge, tutti i Sanitari d'Italia inizino l'attuazione dell'ostruzionismo alle operazioni peritali, e dà mandato alla presidenza federale a che invigili che tutti gli Ordini federati ottemperino strettamente a tale deliberato».

Dopo l'approvazione di questo ordine del giorno il dott. Martinelli dà conto della sua opera come rappresentante degli Ordini del Consiglio Superiore di Sanità, opera che raccoglie il plauso dell'assemblea manifestato dal dott. Fischetti, di cui si approva il voto che il Consiglio Superiore di Sanità ed il Consiglio e le Giunte Provinciali di Sanità siano composti pariteticamente per metà di nomina governativa e per metà di rappresentanti di categoria eletti dagli Ordini Sanitari.

Si approva poi la relazione del dott. Nazzaro sui provedimenti per servizi locali di vigilanza igienica e quella del dott. Boschi di Ferrara circa i requisiti del medico specialista.

Si prende poi in esame la vertenza della C. R. I. con i Medici della Lega Medici Ufficiali della C. R. I. e dopo la relazione dell'Ordine di Torino l'assemblea accoglie le spiegazioni del dott. Ballerini, tendenti a dimostrare la propria correttezza verso le organizzazioni in rappresentanza delle quali ritenne suo dovere partecipare al Consiglio di disciplina della C. R. I.

Infine dopo una lunga serie di ordini del giorno che vengono demandati allo studio del Consiglio direttivo, il Congresso si chiude con un applaudito discorso del presidente prof. Silvagni, fatto segno ad una calorosa dimostrazione di simpatia da parte di tutti i congressisti.

Congresso dei medici ospitalieri.

Nella sala della Direzione Sanitaria al Policlinico Umberto I si è inaugurato a Roma il 26 novembre u. s. il Congresso Nazionale dei Medici Ospedalieri alla presenza di numerosi delegati delle 22 sezioni aderenti all'Associazione e di molti medici ospedalieri intervenuti. Erano presenti il presidente dell'Amministrazione degli Ospedali Riuniti di Roma, comm. Mazzolani, il segretario generale comm. Corelli, l'avvocato Buonerba e il dott. Villa per la Federazione degli Ordini dei medici di Roma, ecc.

Hanno aderito il prof. Montesano del Municipio di Roma, il medico provinciale, la Direzione degli Istituti ospedalieri della città, il prof. Giordano, sindaco di Venezia, ed altre personalità. Dopo la relazione morale del presidente dell'Associazione prof. Carducci, accolta con plauso, il prof. Sforza ha trattato l'importante argomento *dell'assetto e funzione degli ospedali italiani in regime di assicurazione malattia.*

Il relatore afferma la necessità che una legge italiana sulla assicurazione malattia dia la massima preponderanza alla assistenza ospedaliera nella cura delle infermità degli iscritti. Questa assistenza deve essere disciplinata. Ma il solo intervento desiderabile dello Stato è quello inteso ad assicurare le fonti economiche della assistenza ospedaliera. L'imprecisione dei rapporti della riforma progettata colla riforma ospedaliera ci lascia piena libertà di definire i nostri postulati in materia. Essi sono:

1. *Rapporti di carattere sociale.* — Il relatore afferma che l'assistenza ospedaliera deve essere considerata assistenza fondamentale e non complementare, per ragioni etniche, fiscali, sociali. Deve quindi essere sancito l'obbligo dell'internamento ospedaliero dell'assicurato, nei casi e nelle forme da definire.

Gli Istituti ospedalieri debbono mantenere la loro autonomia tecnica ed amministrativa. I loro rapporti con le Casse malattia saranno definiti da convenzioni. Il domicilio di soccorso deve essere necessariamente abolito.

2. *Rapporti di carattere tecnico professionale.* — Qui il relatore proclama che è giunto il tempo di uniformizzare gli ordinamenti tecnici ospedalieri, di dare una conveniente preponderanza all'elemento tecnico, e sopratutto, con la istaurazione obbligatoria delle Direzioni sanitarie. Afferma quindi la necessità di disciplinare le carriere dei medici ospedalieri; di definire più equamente i rapporti fra ospedali e cliniche universitarie nei riguardi dell'azione reciproca e della loro collaborazione ai fini dell'educazione professiona-

le; infine di sitemare economicamente il personale sanitario ospedaliero.

Partecipano alla discussione della lucida relazione i proff. Oriani, Ninni, Ione, Tritto, Cignozzi, Ronzani, Rubinato, Quiglisi e Provera, tutti dichiarandosi concordi con il relatore sulla definizione dei postulati precisati nella relazione, e sulla necessità che rappresentanti della clase chiamati a far parte delle commissioni che dovranno elaborare la legge sulla assicurazione malattia e il suo regolamento. Si è approvato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

« Il VII Congresso nazionale Medici ospedalieri invocando la introduzione nella legislazione sociale italiana della assicurazione malattie, nella quale ravvisa la soluzione più sicura della gravissima crisi dell'assistenza ospedaliera, ostacolo altrimenti insormontabile per qualsiasi sistemazione razionale dell'assistenza sanitaria integrale;

dà mandato alla presidenza di fare argomento di studio e di propaganda le modalità dell'assetto e della funzione degli Istituti ospedalieri, che insieme alla equa tutela degli interessi materiali e morali della classe, dovranno informare i rapporti delle istituzioni ospedaliere con istituti di previdenza sociale;

e la invita a domandare che i rappresentanti delle organizzazioni dei medici ospedalieri siano chiamati a far parte nella redazione della legge e del regolamento.

Nella seduta di domenica 27 novembre, sotto la presidenza del prof. Baccarani di Ancona, prese la parola il prof. Campani, di Brescia, relatore insieme al prof. Ronzani di Milano, sul tema: « *Le direzioni sanitarie ospedaliere* ».

I concetti espressi dal relatore si compendiano nelle seguenti conclusioni che, dopo discussione ampia ed interessante, vengono approvate:

« L'Associazione nazionale dei medici ospedalieri, ritenedo indispensabile che tutti gli ospedali siano diretti da un medico direttore; fa voti perchè tale posto sia stabilito per legge e che ne siano determinate le mansioni assicurando al direttore-medico la necessaria autorità anche per quanto riguarda la gestione economica interna e la partecipazione ai Consigli di amministrazione, in conformità presso a poco a quanto per legge è disposto per i direttori dei manicomi;

2. Che negli ospedali con numero di letti superiore a 200 il direttore-medico sia esclusivamente adibito alla direzione non addetto anche alla cura dei ammalati, a solo al controllo dell'accoglimento dei malati;

3. Che per i direttori addetti esclusivamente alla direzione dell'ospedale si richiedano per la loro assunzione titoli nel campo della clinica e dell'igiene, tenendo in particolare considerazione la pratica fatta presso altre direzioni e che a far parte delle Commissioni tecniche giudicatrici dei concorsi siano chiamati almeno due direttori-medici di importanti ospedali;

4. Che ai direttori-medici siano riconosciuti agli effetti della pensione gli anni di effettivo servizio prestati presso altre pubbliche amministrazioni, eliminando così il limite di età per adire ai posti medesimi;

5. Che in ogni ospedale sia istituito il Collegio dei sanitari quale organo consultivo della Direzione;

6. Che presso la Direzione della Sanità pubblica sia istituito un Ufficio per il coordinamento dell'assistenza ospedaliera in Italia;

7. Che siano intanto invitate le Amministrazioni ospedaliere a coprire i posti vacanti di direttore, ad allargare le attribuzioni del direttore-medico sia nel campo sanitario che in quello di funzionamento economico dell'ospedale e a chiamare il direttore a partecipare alle sedute del Consiglio di amministrazione con voto consultivo ».

Secondo relatore è il prof. Ettore Levi, il quale chiede il concorso dell'Associazione nazionale medici ospedalieri ai fini elevatissimi dell'Istituto da lui fondato.

Il Congresso dà la propria adesione all'iniziativa del prof. Levi, approvando il seguente ordine del giorno:

« Il VII Congresso nazionale medici ospedalieri udita l'esposizione del programma di azione dell' « Istituto italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale », plaude alla attività fin qui svolta da questo Istituto e deferisce alla Presidenza il cómpito di definire praticamente i rapporti che possono intercedere fra l'Associazione nazionale medici ospedalieri e tale Istituto, ai fini della realizzazione delle comuni aspirazioni di carattere sociale ».

La seduta del 28 novembre fu presieduta dal pdof. Ninni di Napoli.

Il prof. Cignozzi di Grosseto fa la relazione sul comma: « *Capisaldi generali dei regolamenti ospedalieri* », enumerando le richieste che egli propone siano definite in capitolati-tipo circa la carriera dei medici ospedalieri.

Il prof. Betti di Firenze, parla dettagliatamente sul tema: « *Pensioni dei medici ospedalieri* ».

Il prof. Minguzzi fa un quadro impressionante della situazione di estremo disagio in cui si trovano gli ospedali italiani minacciati dal pericolo di una imminente chiusura.

L'assemblea manifesta in merito con un ordine del giorno la propria solidarietà incondizionata.

Il prof. Raffaele Bastianelli riferisce sul tema: « *Rapporti fra scuole mediche ed ospedali* ».

Il relatore considera la eventualità di una preponderanza assorbente delle cliniche sugli ospedali o della possibilità di esistenza e di sviluppo indipendente dagli ospedali stessi.

Segue il dott. Gallinaro di Firenze il quale mette in rilievo come le necroscopie si facciano sempre più rare negli ospedali, ed invoca provvedimenti risolutivi su tale questione che pure ha grande importanza sia nel campo medico-scientifico che in quello sociale.

Il Congresso si occupa poi della organizzazione della Associazone nazionale Medici ospedalieri e si fissa la quota che le singole sezioni debbono versare.

Sono poi confermati per acclamazione il prof. Carducci presidente, ed il prof. Nicola Sforza segretario generale dell'Associazione Nazionale Medici Ospedalieri. Dopo di che il Congresso termina i suoi lavori designando Venezia a sede del Congresso venturo.

Il Congresso dei Sindacati medici.

Il giorno 25 novembre nel ridotto del Teatro Argentina, ha avuto luogo l'inaugurazione del primo convegno dei Sindacati medici d'Italia, con l'intervento di numerosissimi delegati e medici.

È chiamato alla presidenza, il dott. prof. Rossi-Doria. Egli chiede innanzi tutto quale debba essere l'azione dei Sindacati medici.

Il relatore del primo comma, dott. Bucchi Codro di Roma, riferendosi a questa precisa domanda, chiede che il Convegno stabilisca a priori che il Sindacato Medici non debba avere soltanto un compito economico, ma anche quello dell'elevazione morale della classe sanitaria.

Il dott. De Fabritiis di Campobasso, presenta un ordine del giorno sull'azione del Sindacato. Con tale ordine del giorno si proclama il Sindacato Medico Italiano esponente di classe e custode vigile dei problemi sanitari nazionali.

Dopo viva discussione, alla quale prendono parte i delegati di Milano, Torino, Napoli, ecc., il Convegno chiude la seduta mattutina votando ad unanimità, eccetto il delegato di Viareggio, il seguente ordine del giorno Macciaroni-Bucchi:

« È costituita la Federazione Nazionale dei Sindacati Medici.

« Il Convegno nomina un direttorio provvisorio al quale dà anche il mandato di compilare lo statuto da sottoporre alla approvazione del congresso da tenersi entro sei mesi ».

A far parte del direttorio sono chiamati: Di Marzio di Roma, De Fabritiis di Campobasso, Landolfi di Napoli, Pinaroli di Torino. Segretario generale viene nominato Piccoli di Milano. La Federazione avrà sede a Milano. Prima di sciogliere la seduta antimeridiana Trotti racomanda al Direttorio di mettersi in relazione colla Federazione Medici condotti per derimere la questione di incompatibilità sorta per l'ordine del giorno Baraccini.

Alle ore quattordici si inizia la discussione sul comma: Assicurazione obbligatoria delle malattie. Dopo lunga e vivace discussione alla quale prendono parte tutti i congressisti vengono votati, per accordo, i due seguenti ordini del giorno:

« L'assemblea della Federazione dei Sindacati medici italiani convocata in Roma il 25 novembre 1921 dopo ampia discussione sugli ordini del giorno votati dal Sindacato medico di Napoli e di Viareggio a proposito della promulganda legge sulle Assicurazioni contro le malattie,

Riaffermando: *a)* il principio fondamentale che nessun diritto acquisito venga menomato, cosicchè nessun medico attualmente iscritto in albo ne risenta alcun danno morale od economico; *b)* i capisaldi di postulati già escussi dalle varie categorie, ed in massima contemplati dall'articolo 72 del progetto della Commissione ministeriale;

dà mandato al segretario generale provvisorio della Federazione del Sindacato di curare che una rappresentanza della Federazione dei Sindacati sia chiamata a far parte della Commissione tecnica che concorderà con la Confederazione generale del lavoro il programma di assistenza sanitaria in regime di assicurazione obbligatoria contro le malattie.

« Il I Convegno dei Sindacati Medici,

delibera che il Direttorio nomini nel suo seno una commissione permanente composta dei delegati più esperti, perchè inizi subito un'attiva propaganda secondo le direttive stabilite nel Convegno e, appena conosciuta la legge e durante la discussione di essa, sia pronta ad esaminare i nuovi eventuali problemi e prenda provvedimenti atti a scongiurare ogni decisione dannosa per la classe medica ».

Sul comma riguardante la questione della Croce Rossa il rappresentante di Torino riferisce ampiamente ed il Convegno vota il seguente ordine del giorno:

« L'assemblea dei Sindacati Medici Italiani convenuti in Roma il 25 novembre, udita la relazione del Sindacato Medici di Torino circa la vertenza della Lega Nazionale fra medici della C. R. I. colla presidenza generale dell'Associazione,

deplorando che il Comitato Centrale della C. R. I. abbia rifiutato senza plausibili motivi l'intervento conciliativo della Federazione degli O. d. M.,

vivamente biasimando le rappressaglie dei dirigenti della C. R. I. contro il presidente ed il segretario della Lega nazionale fra medici della C. R. I.,

delibera di approvare l'operato del Sindacato medici di Torino in tale controversia ».

Sul comma: « Richiamo alla più stretta osservanza della legge sull'esercizio farmaceutico » riferisce il dott. Bucchi Codro. Il Convegno approva ad unanimità il seguente ordine del giorno:

« Il Convegno, ecc., constatata la continua inosservanza della legge sull'esercizio farmaceutico, per quanto riguarda la vendita al pubblico di droghe e di medicinali senza la debita ricetta, denunzia all'autorità tutoria il perpretarsi di tale abuso e poichè le pene comminate dalla legge sono irrisorie, invita gli organizzati a boicottare le farmacie colpite dalla legge ».

Si approva anche il seguente ordine del giorno presentato da De Vecchis:

« Il Convegno, ecc., plaudendo all'opera dell'Ordine dei medici di Torino invita i presidenti degli ordini a far bandire i concorsi ai posti di odontoiatri, a impedire lo esercizio abusivo della odontoiatria e ad opporsi al costituendo ordine dei dentisti ».

Dopo di che il Presidente saluta i convenuti augurando una felice ascensione alla organizzazione sanitaria sindacale e scioglie il convegno.

Gli amministratori ospitalieri dall'on. Bonomi.

In esecuzione al deliberato del Congresso delle Amministrazioni ospitaliere d'Italia, una Commissione, composta del presidente comm. Rebussi di Bologna, del vice-presidente dott. Luigi Minguzzi di Milano, degli on. Pio Donati, Oviglio, Chiggiato, Baneo, sen. Vicini; dei signori prof. Biondi di Siena, avv. Finzi di Firenze, avv. Angelmi e Buffa di Torino, avv. Belluzzi di Reggio Emilia, prof. Moresco di Genova, comm. Avellone e prof. Manfredi di Palermo, Gessaroli di Rimini, avv. Marabotti di Firenze, dott. Pezzana di Torino, avv. Gilli di Venezia e del segretario gen. avv. Gaggi di Milano — è stata ricevuta dall'on. Bonomi.

Il Presidente del Consiglio ha seguito col più vivo interesse la esposizione fattagli dal comm. Rebussi, on. Daneo e dott. Minguzzi sulla gravissima ed allarmante crisi che attraversano gli ospedali d'Italia ed ha accolto colla maggiore benevolenza gli ordini del giorno emessi dal Congresso.

Su di essi si è svolta, da parte specialmente degli on. Chiggiato, Donati e sen. Vicini, un'amichevole discussione, che ha dato modo a S. E. Bonomi di manifestare il suo più vivo interessamento ai problemi prospettatigli, riservandosi però di sentire il parere del ministro del tesoro per il disbrigo immediato dell'operazione finanziaria richiesta.

Le assicurazioni del Presidente del Consiglio lasciarono in tutti l'impressione che esse fossero ispirate dal vivo desiderio di soddisfare nel più breve tempo possibile i legittimi desiderata manifestati dal Congresso e di risolvere così la preoccupante crisi che travaglia gli ospedali d'Italia.

La fine dello sciopero di Casale.

Lo sciopero dei medici condotti di Casale Monferrato è stato composto col riconoscimento dei diritti della classe che era sorta in armi per la difesa del principio del Capitolato-tipo. Fu infatti convenuto quanto segue:

1) applicazione del Capitolato dal 1° gennaio 1921;

2) passaggio dei medici alla diretta ed esclusiva dipendenza del Comune;

3) ritiro dei medici militari;

4) soluzione di eventuali divergenze nella liquidazione degli arretrati 1920-1921 deferita ad apposita Commissione, composta dal deputato del luogo, on. Marescalchi, e dai rappresentanti del Comune dell'Opera Pia, dei medici e del Sottoprefetto.

Per la regolare compilazione dell'elenco dei poveri.

La Sezione biellese dei medici condotti ha votato il seguente ordine del giorno, che riveste una grande importanza perchè il male lamentato è più generale di quanto si crede:

« La Sezione biellese dei medici condotti:

« preso atto che molti Comuni non ottemperano al disposto dell'art. 17 del Regolamento 19 luglio 1906, n. 466, della legge sanitaria; e non provvedono entro il 15 dicembre alla deliberazione dell'elenco degli aventi diritto alla cura e somministrazione gratuita dei medicinali secondo le norme stabilite;

« considerato che l'applicazione del detto articolo 17, oltre che un obbligo tassativo per i Comuni, è di sommo interesse anche per i Medici, ora che fu stabilita nei nuovi Capitolati la addizionale per i poveri in più del numero stabilito;

« delibera di richiedere, mediante circolare, a tutti i Comuni, l'esatta applicazione nel termine fissato dalla legge dell'art. 17 sopraccitato, rammentando ai Comuni che solo in via eccezionale può essere permesso alla Giunta comunale di inscrivere durante l'anno nuovi poveri nell'elenco ».

L'ordine del giorno venne inviato a tutti i sindaci del Circondario perchè, riconosciutone il fondamento prettamente legale, in considerazione della tutela degli interessati (popolazione e medici) ne curino la applicazione.

Collegio-convitto per gli orfani dei sanitari italiani in Perugia.

Il 20 ottobre si è tenuta un'adunanza del Consiglio d'Amministrazione, presenti il presidente prof. Simonetta, il generale Della Valle, il dottor Martinelli, il dott. Villa, ecc. Vennero discussi fatti d'ordinaria amministrazione ed approvato il bilancio preventivo per l'esercizio 1922.

Il preventivo calcola su 336,000 lire di residui attivi in buona parte destinati a saldare i debiti, coi quali si chiuse l'esercizio precedente; calcola poi a L. 400,000 le contribuzioni obbligatorie dei sanitari, e spera che raggiungano le lire 5000 quelle volontarie: così le entrate ordinarie salirebbero a L. 468,366.80. Le straordinarie (offerte di Ordini, Comuni ed altri Enti) si prevedono in L. 5150. Alla uscita le spese generali salgono a L. 105,000; il mantenimento degli alunni a L. 151,700, quello delle alunne a L. 91,120; le borse, i sussidi, le rette presso altri Convitti a L. 102,350; le spese straordinarie (riattazioni, ecc.) a L. 23,520.

Il dott. Martinelli s'impegnò a sollecitare le riscossioni arretrate, per mezzo degli Ordini medici, ai quali verrà suggerito di offrire il loro personale perchè il lavoro sia espletato sollecitamente. Si impegnò pure a lanciare agli Ordini un nuovo appello per le iscrizioni volontarie, fidando che eguale iniziativa prendano le Federazioni dei Farmacisti e dei Veterinari.

Aggressione ad un medico.

È stato diramato il seguente comunicato:

« L'Amministrazione Comunale di S. Biagio di Callalta, deplorando l'atto inconsulto commesso a danno dell'egregio dott. Antonio Bottani, la sera del 6 novembre, raccomanda alla popolazione tutta che fatti simili non abbiano a ripetersi e che non venga mai meno l'usato tradizionale e doveroso rispetto verso i Sanitari, i quali nell'adempimento delle loro funzioni devono sempre essere sicuri e tranquilli ».

In seguito a spiegazioni ed accordi avvenuti fra l'Amministrazione e l'Ordine dei Medici e l'As-

sociazione dei Medici Condotti, è stato, da parte di questi ultimi, tolto da oggi 26 novembre in ogni sua parte, il provvedimento preso in data 15 corr., riguardante la tariffa punitiva a carico del Comune e dei non poveri.

Dal Municipio di S. Biagio di Callalta, addì 26 novembre 1921.

Il Sindaco: f. Purisiol dott. Giuseppe — Il Presidente dell'Ordine dei Medici: f. dott. Arturo Vascellari — Il Presidente della Sezione dei Medici Condotti: f. dott. Fausto Schenardi.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9158) *Pagamento contributi alla Cassa di previdenza.* — Dott. V. B. da A. — Si può il pagamento provare con un certificato rilasciato dallo Esattore o dal Tesoriere comunale, se pur ciò non risulti dai registri contabili dello Istituto.

(9160) *Veterinario comunale - Obblighi dell'ufficiale sanitario.* — Dott. G. C. da V. — Nessuna legge impone all'ufficiale sanitario di redigere i moduli per l'alpeggio del bestiame. Tale lavoro è di esclusiva competenza di un veterinario, che potrebbe essere anche un professionista di altro Comune od un libero esercente.

(9161) *Ricostituzione della carriera.* — Dott. S. M. da M. — Vale l'intero servizio di condotta. Gli aumenti vanno fatti sullo intero stipendio e non già solamente sulla parte obbligatoria, che riguarda il servizio dei poveri.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

BRESCIA. *Ospedale dei Bambini « Umberto I ».* — Primario del riparto Medico; L. 2300 nette e L. 1200 di caro-viv. Scad. ore 16 del 15 dic. Età massima 40. Anni 5 di pratica pediatrica in cliniche od ospedali. Anno di prova. Il Consiglio di Amministrazione si riserva la facoltà di scegliere sui primi tre classificati.

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (*Mantova*). — A tutto il 20 dic. Direttore del Manicomio; L. 12,000 e cinque quadrienni decimo; doppio c.-v.; L. 1000 alloggio. Servizio entro 20 giorni.

CETONA (*Siena*). — 3ª cond.; scad. 15 dic.; L. 7500 per 1500 poveri, 8 trienni ventesimo, L. 3500 mezzo trasporto, L. 2400 c.-v., L. 300 per ogni convivente a carico e L. 500 se i poveri sono più di 1500.

COMELICO SUPERIORE (*Belluno*). — L. 7000, quattro quinquenni dec., indennità varie. Scad. 15 dic.

CRESPADORO (*Vicenza*). — L. 6500 fino a 1000 pov., addizion. L. 2, per uff. san. L. 400; per cavallo L. 3600; per mese congedo non usufruito L. 1000. Scad. 15 dicembre.

CUGGIONO (*Milano*). — Due cond.: L. 8000 e L. 8300; chiedere annunzio. Scad. 16 dic.

GATTEO (*Forlì*). — A tutto 15 dic.; L. 8000 e bienni del ventesimo, L. 2000 cav.; in corso d'approv. miglioramenti; L. 500 uff. san.; L. 1000 direz. Ospedale « Ghinelli ». Ab. 3800 in due centri.

GAZZANIGA (*Bergamo*). — Consorzio. Vedi fascicolo 48. Scad. 15 dicembre.

GENOVA. *Municipio.* — 4 condotte; titoli ed esame; L. 7000 e 10 bienni di L. 375 e uno di L. 250; 2 caro-viveri. Docum. alla Segreteria non oltre le ore 16 del 20 dicembre. Esercizio professionale triennale. Età-limite 35. Chiedere annunzio.

MARANO (*Novara*). — Consorzio con Mezzomerico; L. 6000 e L. 5 ogni pov. sopra 300; per uff. san. L. 500; per mezzi trasp. L. 500; per alloggio L. 500; doppio cavo-viv. Scad. 20 dicembre.

Paese della Sabina, prossimo Roma, cerca medico-chirurgo, qualche anno di laurea, pratico servizio condotta, disposto prendere subito servizio. Condizioni ottime. Rivolgersi sig. Filadefio Cremisini, via del Leoncino, 31 - Roma.

PIETRALUNGA (*Umbria*). — 2ª cond.; L. 6000 oltre L. 2000 disag. resid., L. 2400 caro-viv., L. 260 se uff. san. Servizio entro 15 giorni. A tutto 30 dic. Chiedere annunzio.

SAN REMO (*Porto Maurizio*). — Direttore del Dispensario celtico; titoli ed esami; L. 2000 e c.-v. Scad. 15 dic.

SPOLETO (*Perugia*) — Due cond.; L. 6000 e due c.-v.; L. 1800 cavalc. Età limite 35. Scad. 16 dic.

TREDOZIO (*Firenze*). — L. 6000 e doppio c.-v.; L. 4000 per cav.; otto trienni decimo; in corso d'approvaz. aumento a L. 7000. Scad. ore 20 del 23 dic. Servizio entro 10 giorni.

ZELOBUONPERSICO (*Milano*). — L. 6000; addizionale complessiva oltre i 1000 pov. L. 1868; complementare L. 3000; uff. san. L. 500; cav. L. 300. Scad. 15 dic.

Medico-chirurgo con 5 anni laurea, praticissimo condotta, assumerebbe, se buone condizioni, interinato con preferenza posto che offra probabilità di nomina stabile. Scrivere eventuali proposte: Arnaldo Pozzi, via Sistina, 20 - Roma.

Avviso.

« L'Ufficio Collocamento Medici di Padova — Regia Clinica Medica — ha richieste di sanitari dai seguenti Comuni: Gallio, Velo d'Astico, Ovaro, S. Giovanni Manzano, S. Michele al Tagliamento, Crespadoro. In quasi tutti i detti Comuni sono aperti o stanno espletandosi le pratiche per i relativi concorsi. Se vi fossero medici che desiderassero assumere l'interinato sono pregati di rivolgersi a detto Ufficio. Saranno preferiti, per desiderio delle Amministrazioni Comunali, i medici settentrionali ».

Diffide.

Nuove diffide: provincia di Venezia, Predore (Bergamo), consorzio Falmenta (Novara), S. Giovanni della Vena e Sassetta (Pisa), Scandiano (Reggio Emilia), Tizzano Val Parma (Parma), Gagliano Castelfranco (Catania). È mantenuto il blocco della provincia di Reggio Emilia.

Revoca di diffide: Premosello (Novara).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Eugenio Pirondini ha conseguito il 3 del corrente mese, la libera docenza per titoli, in Patologia e Clinica delle Malattie Urinarie, presso l'Università di Roma, sostenendo la lezione di prova sul tema: Pielografia e Cistografia. La Commissione, presieduta dal prof. E. Pestalozza, era formata dai professori V. Ascoli, G. Perez, E. Burci, C. Bruni. Al nostro valoroso collaboratore, le più cordiali congratulazioni.

Il cav. uff. dott. Giovan Battista Buglioni, medico-chirurgo in Alatri (Roma), su proposta del Ministro dell'Interno, è stato con recente decreto nominato Commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.

All'eminente professionista, all'autorevole Presidente della Federazione Umbro-Laziale dei Medici Condotti, i nostri più vivi rallegramenti.

La «Medizinische Klinik» reca che il famoso premio svedese noto come «medaglia Berzelius» è stato conferito al prof. E. Abderhalden per le sue ricerche sui fermenti difensivi e in altri campi della biochimica.

Il prof. Abderhalden tiene da molti anni la cattedra di chimica fisiologica all'Università di Halle. Ultimamente ha declinato l'invito di succedere a G. v. Bunge nell'Università di Basilea. Di recente la sua attività si è volta anche all'igiene sociale.

NOTIZIE DIVERSE.

La biblioteca del prof. Romiti.

Il prof. Guglielmo Romiti ha fatto dono allo Istituto Universitario di Anatomia umana normale dell'Università di Pisa, della sua bella e preziosa biblioteca anatomica, oggetto di tutte le sue cure e della sua affezione, unica ricchezza che in lunghi anni di insegnamento è riuscito a procacciarsi coi suoi risparmi. Per tale dono la biblioteca del surricordato Istituto deve considerarsi come la più completa in Italia dal punto di vista delle pubblicazioni di Anatomia.

Commemorazione del dott. Prosperi.

Nella sala dell'Ordine dei Medici il 30 novembre u. s. fu solennemente commemorato il dottor Ettore Prosperi, nobilmente morto vittima del suo dovere professionale.

Assistevano molte autorità mediche e le sorelle del defunto.

Il dott. comm. Mariotti, vice-presidente dell'Ordine, ricordò l'adolescenza e la gioventù del giovanissimo medico, che si trovò capo di famiglia a 20 anni e che fece tutto intero il suo dovere di soldato rimanendo quattro anni, in prima linea, nel Trentino, sul S. Gabriele, a Gorizia, sul Grappa e che tornato tra i suoi, realizzato appena il suo lungo sogno d'amore, doveva essere così strappato all'amore della famiglia.

E commosse l'uditorio quando rammentò che il Prosperi, operando una bimba che egli salvò dalla morte, riportava una lieve ferita, alla quale seguì fulminea la setticemia che doveva condurlo alla tomba.

L' Università Cattolica di Milano.

È istituita a Milano e comincerà presto a funzionare una Università Cattolica, che per ora comprenderà due sole Facoltà, di filosofia e di scienze sociali, con 52 cattedre; ne sarà rettore il padre Agostino Gemelli.

Al momento di compiere 81 anni è stato colto dalla morte il prof. WILHELM ERB, il cui nome è indelebilmente legato allo sviluppo della neuropatologia. Dei suoi studi poderosi menzioneremo soltanto quelli relativi ai riflessi tendinei, alla paralisi spinale spastica, all'eziologia della tabe, alla disfasia angiosclerotica, alla distrofia muscolare progressiva, al morbo di Thomsen, al morbo di Erb o miastenia pseudoparalitica, alle malattie dei nervi periferici, all'elettrodiagnostica, all'elettroterapia.... È stato uno degli osservatori più acuti, delle menti più organiche, e più aperte, che la medicina clinica possa vantare. B.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXVIII **Roma, 19 Dicembre 1921** **Fasc. 51 (fine)**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA.
Prof. G. IZAR, direttore incaricato.

Appendiciti e pseudo-appendiciti di origine amebica

pel dott. EMANUELE SANFILIPPO, ass. volontario

La sede più comune delle lesioni da *entamoeba dysenteriae* è il sigma-colon ed il retto. Nell'80 % dei casi di amebiasi cronica si riscontra alla palpazione della fossa iliaca sinistra un corpo allungato, rigido come corda tesa che è il sigma a pareti fortemente ispessite: la palpazione suscita dolore più o meno vivo. Non rare sono pure le localizzazioni più alte, al colon ascendente, all'angolo spleno-colico, al trasverso, che certe volte si estendono sino all'angolo epato-colico. Più rare invece a riscontrarsi sono le lesioni del cieco, che a seconda dell'insorgenza nel corso di una dissenteria acuta o cronica, assumono il quadro di una appendicite vera o di un attacco pseudo-appendicolare.

La frequenza di lesioni appendicolari nell'amebiasi è già stata segnalata da Kartulis (1), Wooley e Musgrave (2), Harris (3), Hoppe-Seyler (4), Lenz (13), Hogan (14), che hanno insistito sulla partecipazione dell'appendice alle lesioni dissenteriche, mettendo in evidenza la massima frequenza delle perforazioni appunto in corrispondenza della regione cieco-appendicolare. Nella statistica di Heuyer, su 49 autopsie di dissenterici, figurano 7 casi con perforazioni intestinali: tre volte la perforazione risiedeva nel cieco, due volte nell'appendice, due volte nell'ansa sigmoide. Leveuf ed Heuyer (5) hanno mostrato che la parte iniziale del grosso intestino resiste meno bene all'ulcerazione dissenterica che la porzione terminale del colon, deducendone l'opportunità di un intervento chirurgico che permetta di agire direttamente con dei lavaggi adatti sulle ulcerazioni della parte destra del grosso intestino. Questa localizzazione delle lesioni trova d'altra parte riscontro nella frequenza con cui molti ammalati accusano un dolore localizzato alla fossa iliaca destra. Talvolta vi è anche una vera crisi con tutta la sintomatologia di un attacco appendicolare acuto, come nei casi illustrati da Hoppe-Seyler e da Le Roy des Barres.

Esiste dunque un'appendicite vera nel corso di una amebiasi acuta con lesioni dell'organo stesso: ma, come vedremo, si può trovare la sindrome clinica dell'appendicite senza alcuna lesione dell'appendice, nel corso di un'amebiasi cronica recidivante. Descriveremo pertanto per sommi capi la prima forma per soffermar-

ci più a lungo sulla seconda di cui abbiamo avuto occasione di osservare due casi.

Appendicite vera nel corso di amebiasi acuta. — Quì i fenomeni locali dell'appendicite vanno per lo più occultati dai fenomeni più imponenti della sindrome dissenterica. Tre casi possono verificarsi:

1° La sindrome dissenterica si svolge coi suoi caratteri peculiari: nulla richiama l'attenzione del clinico sulla regione cieco-appendicolare; l'ammalato muore e l'ulcerazione dell'appendice è un semplice rilievo d'autopsia.

2° L'appendicite è mascherata non più dalla sindrome dissenterica ma dal quadro di una peritonite acuta generalizzata prodotta spesso da perforazione del grosso intestino o dell'appendice stessa.

3° La peritonite generalizzata si manifesta in soggetto che ha presentato sin dall'inizio della sindrome dissenterica un dolore vivo alla fossa iliaca destra e fenomeni di reazione peritoneale nella regione cieco-appendicolare: è il solo caso in cui si può porre diagnosi di appendicite perforativa nel corso di amebiasi acuta.

Conclusioni: Insorgono acutamente nel corso di un'amebiasi acuta tutti i sintomi e tutte le lesioni anatomiche dell'appendicite, dal semplice fatto infiammatorio con presenza di amebe nell' appendice all' ulcera appendicolare con amebe nel pus peritoneale. La diagnosi è molto difficile poichè i sintomi passano il più delle volte inosservati nel quadro di una dissenteria acuta o di una peritonite acuta generalizzata.

***

Appendiciti e pseudo-appendiciti croniche in amebiasi cronica recidivante. — Se nell'amebiasi acuta la comparsa di una localizzazione appendicolare è quasi sempre oscurata dal quadro generale della dissenteria che domina la storia dell'ammalato o dal quadro di una peritonite complicante la sindrome dissenterica, nell'amebiasi cronica il più delle volte succede proprio l'opposto, perchè la sindrome appendicolare cronica richiama tutta l'attenzione sia del medico che del paziente e solo raramente va accompagnata a quel corteo di sintomi che siamo usati ascrivere alla forma cronica dell'amebiasi. In altri casi invece la sindrome appendicolare precede solo di poco lo scoppio di una recidiva della colite cronica.

Si possono così presentare due quadri distinti: Nel primo vi ha una vera sindrome appendicolare con localizzazione dell'entamoeba nell'appendice e forse nel cieco e la dissenteria pregressa risulta in un anamnestico più o meno lontano. Qui i sintomi non sono diversi da quelli ben noti di una comune appendicite di altra natura. Nel secondo quadro invece più che di una vera appendicite si tratta di una sindrome appendicolare o di pseudo-appendicite che dir si voglia, la quale, pur rivestendo alcuni dei caratteri della vera appendicite, non presenta nella sua interezza il noto quadro sintomatologico (mancanza di iperestesia cutanea, del dolore all'estensione dello psoas, assenza di resistenza sotto forma di piastra alla palpazione, ecc.), ed è a più o meno breve scadenza seguìta dalla comparsa dei sintomi proprî ad una recidiva di colite cronica (diarrea mucosa o muco-sanguigna, comparsa di dolenzia su tutto il colon e nella fossa iliaca sinistra, tenesmo, sintomi di rettite e sigmoidite, ecc.).

Tutte e due le forme offrono però un vivo interesse: la prima per la difficoltà del diagnostico etiologico da cui consegue la cura specifica, diagnostico che troverà logica presunzione nel rilievo anamnestico di chiare crisi dissenteriche e conferma nel risultato dell'esame coprologico: la seconda perchè sta a dimostrare come il cieco possa essere sede di una lesione cronica di origine amebica e richiama il quesito se l'opera del chirurgo non possa in questi casi portare maggior giovamento della semplice cura specifica. Qui la diagnosi, forse dubbia all'inizio, diventa relativamente piana e semplice con l'evolversi della sindrome e col conclamarsi della forma colica. Anche in questo caso però solo l'esame coprologico potrà dare un giudizio definitivo.

Di origine oscura è in questa seconda sindrome la patogenesi di quei sintomi che costituiscono il quadro della cosidetta pseudo-appendicite. La mancanza di lesioni appendicolari di fronte alla frequenza delle lesioni cecali riscontrate in questi casi all'autopsia fa ritenere che questa sindrome sia di origine nervosa, analoga cioè alla cielalgia di Loeper (7) ed ai disturbi simpatico-addominali descritti da Deglos (8) nel corso di dissenterie croniche e dovuta, come vorrebbero alcuni autori, ad alterazione e dissociazione dei filuzzi nervosi indotta dalle lesioni dissenteriche.

***

I casi che riportiamo illustrano appunto nei due diversi aspetti la partecipazione dell'appendice nell'amebiasi cronica: la frequenza del riscontro fra noi dell'*entamoeba dysenteriae* (9) (10) (11) fa ritenere che queste forme siano molto meno rare di quanto si possa credere.

S. Ag., di anni 17, studente, da Catania.

1918: febbre lieve: purgante oleoso: emissione di abbondanti masse mucose. La febbre è poi continuata per un mese con disturbi gastro-intestinali: periodi di diarrea alternati a stitichezza: inappetenza. A lunghi intervalli altre poussées a forma colica e dolenzia vaga nella fossa ileo-cecale.

13 nov. 1920: lieve diarrea: l'a. non ricorda i caratteri delle feci.

22 nov.: dolore vivo nella fossa ileo-cecale, poi dolori diffusi all'addome, modica febbre. Nella notte sintomi di risentimento peritoneale circoscritto (rilevati dal padre medico), lingua suburrale, alvo chiuso. In tale stato rimane due giorni.

25 nov.: emissione di gaz seguita da emissione di feci a carattere fecaloide.

26 nov.: diarrea muco-purulenta ematica: 30 scariche nelle 24 ore: tenesmo.

E. O.: *facies abdominalis;* decubito supino passivo. P. piccolo, 140. Lingua fortemente impaniata, addome meteorico (cataplasma): regione ileo-cecale sporgente: quivi suono ottuso, gorgoglio, dolore vivo alla palpazione anche lieve propagantesi al testicolo destro, difesa muscolare. La palpazione della fossa iliaca sinistra suscita vivo dolore locale e dolore vivo nella regione soprapubica; il sigma appare lievemente ispessito. Minzione scarsa, dolorosa. La defecazione richiama vivo dolore nella regione soprapubica. Milza e fegato nei limiti.

27 nov.: diarrea muco-sanguigna: 24 scariche.

Feci: fiocchi mucosi: numerose cisti di *entamoeba dysenteriae.*

28 nov.: 18 scariche: 4 ctgr. di emetina per iniezione.

29 nov.: 8 scariche: 6 ctgr. di emetina per iniezione.

30 nov.: 2 scariche: 8 ctgr. di emetina per iniezione.

Le condizioni generali e locali vanno rapidamente migliorando. Essendosi però sospeso il trattamento con emetina si ha una brusca ripresa della forma dissenterica: una cura prolungata mista emetinico-arsenicale porta a guarigione ad oggi persistente.

Signora L. M., di anni 37, da Acireale, casalinga.

Nessun rilievo nel gentilizio e collaterali. Morbillo e pertosse nell'infanzia.

Mestruazioni a 12 anni. Sposata a 19 anni ebbe due figli sani e robusti: gravidanze, parti puerperi regolari. Abitudini casalinghe. Emigrata in America dieci anni or sono godè ottima salute sino a 4 anni fa.

1917, autunno: insorgono disturbi enterocolici caratterizzati da scariche frequenti, precedute e seguite da dolori addominali piuttosto vivaci. Le scariche dapprima liquide si fecero in seguito commiste a muco, infine muco-sanguigne. Le scariche erano precedute da senso di peso all'ano e seguite da tenesmo. Contemporaneamente notò debolezza generale, lieve pallore, senso di astenia: non comparve mai febbre. Curatasi con purganti e tannici la sindrome enterocolica rimise dopo circa due mesi senza però scomparire completamente perchè a periodi vari di tempo l'ammalata ci racconta di aver subito nuovi attacchi enterocolici di intensità e durata varia.

Tale stato persistette sino al luglio 1920, epoca in cui si venne delineando un quadro sintomatologico che tutti i clinici diagnosticarono come una forma appendicolare. Comparve cioè dolore acuto dapprima, poi sordo profondo nella fossa iliaca destra irradiantesi in basso alla vescica, turgore e dolore locale alla fossa iliaca dello steso lato: stipsi in primo tempo, successivamente diarrea che dapprima mucosa si fece poi muco-sanguigna, febbre remittente quotidiana, anoressia, lingua impaniata.

Rifiutatasi l'ammalata di sottoporsi ad un atto operativo, seguì cura medica che attenuò sino quasi alla scomparsa i sintomi flogistici locali. Però col mutare dell'aspetto delle masse fecali assieme alla comparsa di muco-sangue, si stabilì il noto quadro enterocolico che durò con periodi di remissione sino ad un mese fa.

In questo periodo di tempo per ben tre volte ricomparvero i segni di un risentimento appendicolare abbastanza spiccato.

Persuasa da medici e chirurghi si decide a sottoporsi ad un'operazione: due giorni prima si presenta a noi chiedendo il nostro parere e tacendo la deliberazione presa.

E. O. al 19 febbr. 1921: Soggetto di costituzione abbastanza robusta, ben conformato, con segni evidenti di un deperimento abbastanza spiccato. Cute pallida, secca: pannicolo adiposo scarso. Lingua impaniata. Nessun altro rilievo offre l'esame del capo, collo, torace ed organi in esso contenuti. Impuro il primo tono alla punta, rinforzato il secondo polmonare. P. 85-90. piuttosto piccolo, debole, vuoto: Pr. mx. 110, mn. 70. Addome: pianeggiante: nessun rilievo all'ispezione. Alla palpazione: sigma colico, colon discendente tesi duri a pareti ispessite: colon ascendente e trasverso distesi da liquido e gaz: cieco mobile disteso da liquido a gaz. La palpazione dell'ansa sigmoide, ma più specialmente della regione ileo-cecale riesce dolorosa. Sulla regione ileo-cecale, in corrispondenza del punto di Mac-Burney iperestesia cutanea; dolenzia vivissima alla percussione col martelletto. Segno di Rovsing presente. Contrazione dello psoas dolorosa. Nessun altro rilievo offre l'esame dell'intestino tenue, stomaco, fegato, milza.

Stabilito trattarsi di una lesione appendicolare nel quadro di una colite cronica, si consiglia l'esame delle feci. Eseguito questo il giorno dopo su feci da purgante salino, si riscontrano numerose forme cistiche e vegetative di *entamoeba dysenteriae.*

Esami speciali: Urine nulla di patologico: emometria 75: eritrociti 4 milioni, leucociti 85 mila: all'esame morfologico del sangue segni di anemia secondaria, lieve mononucleosi con eosinofilia.

Consigliata di esperire la solita cura medica da noi adottata prima di ricorrere all'opera del chirurgo l'ammalata confessa allora che il giorno successivo avrebbe dovuto entrare in una casa di salute per essere operata.

Si prendono accordi col chirurgo, e lui consenziente e sotto la sua oculata direzione si istituisce la cura medica. Il risultato fu la

scomparsa di ogni disturbo subiettivo e di ogni sintoma obiettivo di risentimento appendicolare: miglioramento sensibile (che noi non osiamo ritenere definitivo) delle condizioni del sigma e colon discendente.

***

Prognosi: Va naturalmente subordinata all'entità della lesione e del quadro morboso e alla possibilità o meno (per disturbi circolatori o renali concomitanti) di intraprendere subito la cura specifica. Nella forma pseudo-appendicolare la prognosi sta in rapporto ancora con l'entità e diffusione della lesione colica e con il grado di reazione individuale.

Trattamento: A nostro avviso in un primo tempo il trattamento deve essere esclusivamente medico, specialmente perchè torna difficile differenziare sin dall'inizio se si tratti di una vera localizzazione o di una pseudolocalizzazione appendicolare. Al lato pertanto alle cure comuni a questa forma ed alle forme appendicolari di alta natura (riposo assoluto a letto-ghiaccio o cataplasmi secondo tolleranza, ecc.) si istituirà la cura specifica.

Il sistema curativo da noi adottato si può così schematizzare: pel periodo di 30 giorni si somministra: nei primi dieci giorni una quantità di emetina corrispondente ad 1.5 ctgr. per Kgr. di peso corporeo: nei secondi dieci giorni 5 clisteri di 0.15 gr. di 914 o di Neo a giorni alterni: negli ultimi dieci giorni trenta compresse di Neoarsolo o di Narsenol alla dose di 3 al dì: durante tutto il mese purganti salini bisettimanali. Tale trattamento si ripete per tre volte successive. Se alla fine della cura persistono le cisti di entamoeba nelle feci, la serie si ripete dopo tre mesi di riposo: in questo secondo periodo l'emetina si somministra in quantità minori: circa 2/3 che nel periodo precedente. Alla cura emetinica si fa seguire quella di 914 o di Neo per clisma: poi fra questa e le pastiglie di Narsenol o di Nearsolo si interpone una cura con pillole di ioduro doppio di emetina e bismuto. Siccome però queste danno vomito e disturbi vari, sarà bene sorvegliare l'ammalata (in un caso osservammo amaurosi transitoria). Il vomito che può suscitare la somministrazione del sale doppio si può evitare avvolgendo le pastiglie in grasso di bue o di maiale.

A questa terapia specifica o paraspecifica noi abbiniamo sempre una terapia antitossica, sintomatica e ricostituente con adrenalina, sparteina, acido cloridrico, fermenti digestivi, ferruginosi.

Se i fenomeni appendicolari non cedono al trattamento medico della dissenteria concomitante, ci si deve porre il quesito dell'indicazione operatoria: se essi cedono l'indicazione è meno netta, ma può anche essere discussa specialmente quando i fatti dissenterici presentino un'abnorme resistenza alla terapia.

Le Roy des Barres distingue tre casi:

1) dissenteria leggera con segni di appendicite a forma lieve: non bisogna operare: il solo trattamento medico apporta la guarigione.

2) appendicite grave in dissenteria a decorso mite: bisogna operare.

3) appendicite lieve in dissenteria grave: bisogna operare.

L'operazione di scelta, e di questo parere è anche Vives (12), sarebbe l'appendicectomia con cecostomia che permette dei lavaggi della mucosa per la via del ceco, colon, sigma, retto: essa è stata adoperata con successo anche da Leveuf e Heuyer e sembra riunire le migliori condizioni di efficacia.

A noi pare che non si possa accettare questo schematismo del Le Roy des Barres perchè è molto difficile stabilire dei dati differenziali tra appendicite vera e sindrome pseudo-appendicolare: la scelta del trattamento chirurgico e del trattamento medico deve essere lasciata all'apprezzamento del clinico, il solo che dallo studio del caso può rilevare le variazioni dei sintomi e la loro importanza. Il trattamento medico insomma può servire di pietra di paragone. Se i fenomeni appendicolare migliorano, scompaiono, non resta che continuare il trattamento generale della dissenteria. Se i fenomeni appendicolari non migliorano, persistono e s'aggravano, come del resto in tutte le appendiciti, bisogna operare, E noi consigliamo che ove insorgano fenomeni appendicolari il medico ed il chirurgo assistano d'accordo l'ammalato per poter porre a suo suffragio il frutto della loro speciale e diversa esperienza.

Conclusioni: Esiste nel corso della dissenteria amebica acuta un'appendicite vera con ulcerazioni nell'appendice. Questa appendicite è spessissimo mascherata dall'evoluzione della dissenteria o da fenomeni di peritonite generalizzata per perforazione dell'organo. È generalmente un riscontro di autopsia.

Anche nel corso di una amebiasi cronica si osservano talvolta localizzazioni appendicolari che decorrono col quadro di una appendicite cronica recidivante e possono o no essere accompagnate da turbe coliche per concomitante lesione delle altre porzioni dell'intestino grosso. Più spesso però si ha lo scoppio di una sindrome pseudo-appendicolare ca-

ratterizzata da un quadro clinico un po' attenuato ma nella quale non si rileva all'autopsia o al tavolo operatorio alcuna lesione anatomica dell'appendice. Questa sindrome pare di natura nervosa riflessa alle lesioni dissenteriche che sempre si riscontrano in tali casi nell'intestino ceco.

Il trattamento di questa forma è all'inizio strettamente medico: sarà necessario l'intervento chirurgico e per evitare una perforazione e per coadiuvare col trattamento diretto la guarigione della lesione cecale cronica ribelle al trattamento specifico.

BIBLIOGRAFIA.

1. KARTULIS. Virchow's Arch., vol. 99, vol. 110.
2. WOOLEY e MUSGRAVE. Journ. Am. med. Assoc., 1905, p. 1371.
3. HARRIS. Am. Journ. med. Sc., aprile 1918.
4. HOPPE-SEYLER. Muench. med. Woch., 1904, n. 10.
5. LEVEUF e HEUYER. Soc. de Chir. de Paris, 1918, dicembre.
6. LE ROY DES BARRES. Bull. Société chir. de Paris, 14 février 1912; IV Congresso della « Far Eastern. Assoc. of. Trop. med. », Hanoi.
7. LOEPER. Progrès méd., 1919.
8. DEGLOS. Paris méd., 1918.
9. IZAR. Boll. Acc. Gioenia. Sc. nat., Catania, 1912; Annali clin. med., 1914; Arch. f. Schiffs u. Tropenhyg., 1914, Beiheft, 2; Riforma medica, 1921, n. 7-12; Policlinico, 1921; Morgagni, 1921; Pensiero medico, 1921; Studium, 1921; n. 2-6; Boll. Accad. Gioenia, 1921.
10. IUSPA. Folia medica, 1921.
11. FERRO. Giornale di clinica medica, 1921, 3.
12. VIVES. Thèse de Paris, 1919.
13. LENZ. Arch. f. Schiffs. u. Tropenhyg., 1910, vol. 14.
14. HOGAN. Journ. Am. med. Assoc., 1920, volume 75, pag. 727.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Febbre criptogenetica ad accessi ritmicamente ricorrenti; esito in cachessia e morte

per il dott BERNARDINO MASCI

degli Ospedali di Roma.

Nè saprei scegliere miglior titolo per questa nota clinica in cui mi propongo semplicemente di descrivere il caso occorsomi con tutte le ricerche dirette ad illuminare la diagnosi del morbo: diagnosi, che, malgrado i ripetuti diligenti esami obbiettivi anche da parte di valenti clinici, malgrado le numerose ricerche di laboratorio, per tutta la lunga durata della malattia fino all'esito letale *et ultra* si mostrò costantemente avvolta da un fitto velo, inaccessibile a tutti i nostri mezzi di indagine e di raziocinio. Ecco perchè ad un sintoma banale, la febbre, sintoma accessibile anche al più umile del volgo, sintoma che d'altra parte dominò in modo così caratteristico nel quadro morboso, io ho dovuto dare la preferenza nello scegliere un titolo. Quando non si riesce a formulare una diagnosi concreta, è con i sintomi più salienti che si cerca di caratterizzare la malattia.

Come il naturalista di fronte ai segreti della natura, così il medico, che è anche biologo e psicologo, davanti agli oscuri penetrali di un morbo, rimane in quello stato di penosa insoddisfazione, che non dà tregua e sprona ad acuire sempre più la mente di fronte all'incomprensibile. Ed oggi, dopo oltre due anni, con la mente più arricchita di nozioni scientiche e più illuminata da casi clinici, mi domando ancora, ma sempre vanamente, quale possa essere stata la natura di quella malattia.

Ma più d'ogni considerazione, varrà l'esposizione del caso a convincere della difficoltà di poterlo riportare ad uno dei quadri morbosi noti. Le asserzioni di De Giovanni, Krause, Bozzolo, che sono sempre utili le osservazioni e le comunicazioni dei singoli casi di febbri nascoste, mi tranquillizzano di non aver perduto vanamente il tempo.

STORIA CLINICA.

G. R., di anni 71, calzolaio, ammogliato, residente in Roma. Entra in ospedale il 12 ottobre 1917.

Nell'anamnesi remota eredo-familiare non vi è nulla d'importante: i genitori sono morti vecchissimi, di malattia non precisabile. I precedenti del paziente sono completamente negativi: l'età infantile, la giovinezza, l'età matura sono trascorse nella più perfetta salute.

Non abuso di alcool, non sifilide. Dalla moglie, vivente, ha avuto cinque figli sani e viventi e nessun aborto.

L'attuale malattia è cominciata, nel pieno benessere, il 1° luglio corr. a. Con malessere generale, inappetenza, debolezza, cominciò a febbricitare: la febbre, insorta senza brivido, si mostrò gradualmente ascendente fino a toccare i 39°.5 C.; vi rimase per 5-6 giorni, poi cominciò a lentamente declinare, fino a scomparire al 10° giorno, senza sudori. In pochi giorni si rimise, si alzò, tornò a nutrirsi come di consueto nei giorni di salute. Senonchè il 20 luglio, preceduta da malessere, debolezza, inappetenza, la febbre si ripresentò con i medesimi caratteri di quella precedente, cioè senza brividi, gradualmente ascendente fino a toccare un acme di 39°.7 C., per poi rimettere per lisi, senza sudori, ed estinguersi completamente al decimo giorno.

Siccome il medico curante aveva attribuito ad autointossicazione intestinale l'origine della febbre, volle poi trovar la ragione della ricaduta nel fatto che l'infermo s'era levato da letto ed aveva ricominciato a mangiar tutto troppo presto. Perciò la convalescenza questa volta fu maggiormente curata: il paziente si alzò solo dopo sei giorni di completa apiressia e proseguì a nutrirsi con alimenti di facile digestione.

Malgrado queste precauzioni, dopo dieci giorni di apiressia, il 10 agosto l'infermo cominciò di nuovo ad aver febbre, che gradualmente ascese a 39°.8 C. e declinò per lisi, con ritorno alla temperatura normale il 20 agosto. Assenza di brivido iniziale; nessun disturbo speciale all'infuori dei soliti legati allo stato febbrile; niente sudori durante la remissione della febbre.

Tale ostinatezza nella ricaduta fu anche questa volta attribuita dal medico curante a persistenza nel tubo digerente di sostanze tossiche piretogene, e alla dieta e ai disinfettanti intestinali fu ancora data la preferenza nel trattamento terapeutico.

Per quanto sgradita, timorosamente attesa, la febbre si ripresentò puntualmente il 1° settembre, raggiungendo un acme di 40° C. e declinando poi per lisi, fino a raggiungere la temperatura normale in decima giornata.

Sorse finalmente il sospetto che si potesse trattare di un processo morboso diverso da quello diagnosticato: si pensò al tifo addominale, si pensò alla malaria. E nel successivo ritorno febbrile, dal 20 al 30 settembre, furono date quotidianamente all'infermo per bocca dosi generose di solfato di chinino (gr. 2). Le quali ebbero soltanto per effetto di tenere un po' a freno la temperatura, senza modificare affatto l'abituale durata della crisi febbrile.

Il 10 ottobre, iniziando il sesto accesso febbrile, medico, paziente e famiglia del paziente si sentirono esasperati di fronte a questa febbre ostinata e d'ignota natura, per cui si convenne nella decisione di ricoverare il malato in un ospedale.

In tutto questo frattempo l'infermo s'era indebolito, anemizzato, aveva perduto l'appetito, non s'era più levato da letto; ma non si era presentato nessun sintoma che accennasse ad un'eventuale localizzazione del morbo.

Esame obbiettivo (13 ottobre). — Condizioni generali depresse. Sensorio integro. Decubito indifferente.

Costituzione scheletrica regolare. Masse muscolari ben sviluppate ma flaccide. Pannicolo adiposo in gran parte consumato. Cute bruno pallida. Mucose roseo-pallide. Assenza di edemi, di emorragie, di efflorescenze e pigmentazioni cutanee.

Nelle comuni stazioni linfatiche si palpano glandole della grandezza di grani di riso: nulla si sente alle epitroclee e nella regione sopraioidea. Assenza della glandola di Troisier.

Pupille uguali, non deformate, reagenti alla luce e all'accomodazione. Lingua umida, rosea, impaniata, un po' tremula. Assenza di cordicine gengivali e di pigmentazioni mucose. Nulla alle fauci. Polso uguale, ritmico, di media ampiezza, lievemente iperteso, di frequenza 96. Respiro di ritmo normale, di frequenza 20. Temperatura febbrile (38°.4 C.).

Nulla a carico della testa e del collo.

Torace: di forma cilindrica, simmetrico, con fosse sopra- e sottoclavicolari ugualmente pronunciate, angolo di Louis sporgente, angolo epigastrico ottuso; l'espansione è uguale da ambo i lati; il tipo respiratorio è addominale.

Polmoni: apici alla prominente, basi in sede normale, l'espansione si compie bene; il fremito vocale tattile si trasmette regolarmente; alla percussione si ha su tutto l'ambito polmonare suono chiaro ipersonoro; all'ascoltazione si ha ovunque murmure vescicolare normale senza rumori accessori.

Cuore: l'itto puntale non è visibile nè palpabile; si nota modica pulsazione della parte precordiale del torace e del giugulo; non si palpano fremiti nè alla punta nè alla base; con la percussione l'aia di ottusità cardiaca si trova un po' coperta, la punta si delimita al quinto spazio intercostale sinistro un po' all'interno dell'emiclaveare, la base è alla terza costa a sinistra, il cuore destro non deborda dalla marginale dello sterno; l'aia di ottusità dei grossi vasi non è aumentata nè si raggiunge l'aorta infossando il dito nel giugulo; i toni sono netti, il primo accompagnato da un dolce rumore sul distretto di ascoltazione della polmonare senza rinforzo del secondo tono, il secondo un po' metallico sull'aorta.

I vasi periferici sono serpiginosi, pulsanti, sclerotici.

Addome: di conformazione normale, avvallato, con cicatrice ombelicale infossata, senza sviluppo di reticolo venoso. Non si delineano tumefazioni attraverso le pareti addominali. Queste sono flaccide e si lasciano deprimere assai facilmente. L'addome è trattabile, indolente. Non vi si palpano tumefazioni: esplorando accuratamente la sezione pilorica dello stomaco, per riconoscere se ci sia o non qualche tumore, poi la piccola curvatura fin sotto l'arco costale di sinistra e infine in massa la grande curvatura, non si riesce a toccare alcuna resistenza. Assenza di rumore di guazzamento. Assenza di versamento nel cavo peritoneale.

Fegato: margine superiore (area di ottusità assoluta) alla 6ª costa sull'emiclaveare e con comportamento normale sugli altri punti; il

margine inferiore non si riesce a palpare in nessun punto sotto l'arco costale; con la percussione si conferma che non deborda; la pressione sul relativo ipocondrio è indolente. Non si palpa la cistifellea.

Milza: polo superiore all'8ª costa sull'ascellare media, margine anteriore all'ascellare anteriore, il polo inferiore arriva all'arco costale solo nelle grandi inspirazioni.

Genitali: sani.

Esplorazione rettale: negativa.

Sistema nervoso: motilità e sensibilità in ordine, riflessi cutanei e tendinei normali.

Organi di senso: nulla di speciale.

Ricerche di laboratorio. — 1° L'analisi dell'urina non dà nulla di speciale: quantità normale, colore giallo, reazione acida, peso specifico 1015, urea 17 ‰, cloruri diminuiti; assenza di albumina, di zucchero, di pigmenti biliari e di urobilina; indacano lievemente aumentato; all'esame microscopico del sedimento non si trova nulla di rilevante. Dall'analisi di quest'urina non emerge dunque alcun fatto importante.

2° L'esame del sangue non ha mostrato che una lieve anemia: globuli rossi 4,000,000, globuli bianchi 8,000, emoglobina all'emometro del Fleischl 65, valore globulare 0,81. La formula leucocitaria poi è la seguente: polinucleati neutrofili 62 %, linfociti 25 %, mononucleati grandi e medi 10 %, forme di passaggio 2%, eosinofili 1%.

3° La reazione di Wassermann è negativa.

4° La ricerca del plasmodio malarico nel sangue è negativa.

5° Le prove sierodiagnostiche di Widal per il tifo e i paratifi sono negative.

6° La prova di agglutinazione per il micrococco di Bruce è negativa.

7° Cutireazione negativa.

8° La semina del sangue nei terreni di cultura più usuali non ha dato luogo a sviluppo di germi.

9° L'analisi del chimismo gastrico (previa colazione di Ewald) ha dato il seguente risultato: acido cloridrico presente, acido lattico assente, acidità totale 30 espressa in acido cloridrico 0.11; l'esame microscopico del contenuto gastrico non ha messo in evidenza fatti anormali.

10° L'esame delle feci non ha dimostrato nè presenza di parassiti nè sangue occulto coi processi di Weber e di Meyer.

11° La puntura lombare ha dato esito a liquido limpido, sotto tensione normale: l'esame chimico, microscopico e citologico di esso non ha fatto rilevare nulla di anormale.

12° L'esame radioscopico del torace e del tubo digerente è stato completamente negativo. Forma e diametri del cuore normali; lieve ectasia dell'aorta, che appare anche leggermente allungata; normale trasparenza del parenchima polmonare, escursioni regolari del diaframma, qualche glandola peribronchiale calcificata. Stomaco un po' abbassato e atonico; contorni netti; l'antro pilorico si delinea bene; lo svuotamento si compie regolarmente; il progredire del pasto opaco nei diversi tratti dell'intestino, sorvegliato con ripetuti esami, avviene senza ritardi e non mette in evidenza lesioni dell'intestino stesso.

Tutte queste ricerche, più volte ripetute nel lungo corso del male, non hanno dato sostanziali differenze dai risultati qui riferiti.

Decorso morboso. — Durante tutto il tempo della degenza nell'ospedale, fino all'esito letale, il tipo febbrile conservò i caratteri suricordati: dieci giorni di apiressia e dieci giorni di febbre, questa preannunziata da un breve periodo prodromico caratterizzato da malessere generale, debolezza, anoressia, non preceduta da brividi di freddo, gradualmente ascendente fino a toccare un acme di 40° C. circa e poi gradualmente discendente, senza sudori, fino a raggiungere la temperatura normale. Durante la febbre si ebbero esclusivamente sintomi legati allo stato febbrile: cefalea, inappetenza, bocca cattiva, lingua impaniata, polidipsia, malessere generale, debolezza, urina carica; mai si ebbero disturbi che potessero far sospettare una localizzazione della malattia. Nell'apiressia l'infermo si sentiva prostrato, debole, era sonnolento, apatico, assumeva poco cibo, non aveva la forza di abbandonare il letto neppure per pochi istanti. Il ritorno della febbre, oltre che sospettato dal regolare tipo periodico da essa assunto, era annunziato e riconosciuto da un breve periodo prodromico di speciale malessere che l'infermo avvertiva. Ogni accesso febbrile aveva per effetto un progressivo peggioramento delle condizioni generali del malato, con profondo scadimento delle forze e defedamento della nutrizione. Il pannicolo adiposo scomparve completamente; la cute e le mucose andarono assumendo un colorito sempre più pallido, con tinta giallognola della pelle; il sensorio divenne sempre più ottuso (i più intimi familiari non erano più riconosciuti); comparvero periodi soporosi; si manifestarono ambliopia e cofosi. Il cuore destro andò sfiancandosi, fino a debordare di circa un dito dalla marginale dello sterno, i toni si fecero fiochi su tutti i distretti, il rumore funzionale sistolico più netto. Sulle basi toraciche posteriori comparvero rantoli crepitanti a medie e piccole bolle. La milza non presentò modificazione di dimensioni. Le urine si fecero scarse e debolmente albuminose, però senza cilindri. Comparvero lievi edemi agli arti inferiori e in un periodo più avanzato si manifestarono anche rilasciamento degli sfinteri, con perdita involontaria delle urine e delle feci, e decubiti.

A stento si riusciva a vincere lo stato soporoso e a far ingerire qualche cucchiaiata di vitto liquido. A questo grave stato generale corrispose un'anemia non molto intensa, poichè l'ultimo esame del sangue, praticato *sub limite vitae*, dette questo risultato: globuli rossi 3,100,000, globuli bianchi 7000, emoglobina 55, formula leucocitaria normale, modica poichilocitosi.

La somministrazione di chinino, di urotropina; le iniezioni endovenose di neosalvarsan, di elettrargolo; le iniezioni eccitanti non modificarono affatto il decorso del morbo.

Al 13° accesso febbrile, svoltosi nella prima decade di marzo, poco mancò che l'infermo non rendesse la vita. Questa si spense, in gravi condizioni cachettiche, per adinamia, al 5° giorno del 14° accesso febbrile, il 25 marzo 1918.

Del cadavere non si potè fare l'autopsia per pietosa opposizione dei parenti, che all'estinto vollero rendere gli onori funebri.

Davanti a certi casi, scrive il Bozzolo (1), in cui il sintoma morboso principale è costituito da una febbre a lunga durata, senza alcuna localizzazione riscontrabile, il medico si trova assai spesso in imbarazzo grave, a malgrado dei progressi della diagnostica moderna. I due mezzi che si posseggono per diagnosticare la natura delle febbri: la clinica e il laboratorio, spesso non corrispondono al fine che si propongono.

Molte di tali febbri si battezzano con l'appellativo di intestinali. La comoda teoria delle auto-intossicazioni intestinali ha impedito la esatta interpretazione delle diverse febbri, poichè certamente esistono delle manifestazioni cliniche che hanno una perfetta somiglianza con certi avvelenamenti d'origine organica o minerale, ma l'auto-intossicazione d'origine intestinale dev'essere intesa restrittivamente e limitata a manifestazioni sintomatiche temporanee e non da confondersi con le febbri di una certa durata e con le febbricole. Il concetto di febbre autotossica, di febbre da auto-intossicazione intestinale, non regge alla critica, ed è veramente strano, osserva il Rummo (2), come tuttavia s'insista su certe denominazioni che nascondono un errore o una imperfezione d'indagine etiologica.

Esistono delle febbri, specie di lunga durata, nelle quali, malgrado il più attento esame degli organi durante la vita e talora anche dopo la morte, non si riesce a scoprire la causa. Bozzolo ne fa un gruppo a parte, ed anche Carducci (3), in un tentativo di classificazione delle febbri, distingue da quelle di facile diagnosi le febbri intermittenti di diagnosi impossibile, perchè d'etiologia e patogenesi ignota.

Vi è un altro gruppo in cui la febbre costituisce bensì l'unico fenomeno clinico, ma più tardi, all'autopsia, si riscontrano dei focolai profondi. Esempio classico di questo gruppo di casi è costituito dll'endocardite a lungo decorso. Fino a poco tempo fa si credeva che la endocardite vegetante o ulcerosa decorresse in pochi giorni o in due, tre, quattro settimane, con esito quasi sempre letale nelle seconde, con esito in guarigione o nella sclerosi valvolare, la così detta impropriamente endocardite cronica, onde i vizi organici del cuore, nella prima.

Ora si conosce anche una forma di endocardite, che inizia insidiosa, latente, che ha un decorso di mesi, di diagnosi, almeno nel primo periodo, non facile, con esito quasi sempre letale. È una forma di endocardite che sta fra la verrucosa genuina reumatica e la ulcerosa propriamente detta. È una endocardite che ha un lungo decorso, di origine infettiva da un microrganismo, il quale, sebbene non provocatore di gravi lesioni distruttive, non ha di regola tendenza ad attenuarsi e ad estinguersi come avviene in quello della endocardite reumatica genuina, onde la permanenza della sepsi e del processo endocarditico lento.

Per la etiologia di questa endocardite o di questa sepsi con localizzazione endocarditica, senza voler ora entrare diffusamente nel campo batteriologico, ricordo che la maggior importanza si deve dare allo streptococco e specialmente alla varietà descritta da Schottmüller sotto il nome di *streptococcus viridans seu mitior*, che si coltiva non difficilmente dal sangue e si rinviene nelle deposizioni trombotiche delle valvole. La frequenza speciale nei soggetti giovani o in adulti non avanzati in età, spesso portatori di un'affezione valvolare aortica o mitralica; l'andamento della febbre caratteristica per la sua irregolarità, spesso intermittente, con o senza brividi, che perdura con disperante monotonia per settimane e mesi; l'anemia grave progressiva anche con reperto ematico di emazie nucleate e mielociti; il tumore splenico doloroso, che si manifesta a decorso avanzato della malattia e che cresce lentamente; i sintomi di embolie in vari organi (cervello, milza, reni, retina) e anche nelle arterie degli arti; le modificazioni nel cuore, cioè la dilatazione, i cambiamenti nella qualità e nella diffusione dei rumori, il sopravvenire di nuovi rumori; le emorragie e altre manifestazioni cutanee (nodi dolorosi di eritema, ecc.) già descritte da Osler; la leucocitosi; la nefrite emorragica nell'ultimo stadio; il risultato positivo delle culture del sangue per uno streptococco; l'esito quasi sempre letale, sono i fatti precipui del complesso sintomatico sul quale poggia la diagnosi di endocardite a decorso protratto, non così rara, come si credeva un tempo.

È su questa forma morbosa che maggiormente e lungamente fu concentrata la nostra attenzione: ma la negatività di troppi sintomi e dei più caratteristici (la preesistenza di un vizio valvolare, l'irregolarità della curva febbrile, il tumore splenico doloroso, le embolie, le manifestazioni cutanee di Osler, la leucocitosi, la sterilità delle culture del sangue, ecc.) e il decorso ritmicamente ciclico della febbre non hanno recato nessun conforto a tale sospetto diagnostico.

Vi sono forme nelle quali la febbre costituisce il sintoma unico durante un tempo più

(1) BOZZOLO. *Sulle febbri di origine nascosta.* Il Policlinico, Sezione pratica, anno 1904.
(2) RUMMO. Il Policlinico, Sezione pratica, 1910.
(3) CARDUCCI. Il Policlinico, Sezione pratica, 1906.

o meno lungo, ma delle localizzazioni evidenti compaiono più tardi. Il focolaio di origine può essere talora piccolissimo e nascosto, come ad esempio piccoli focolai prostatici, o non vi è un focolaio propriamente detto, come nel caso di restringimenti uretrali. Un grupp di febbri criptogenetiche di lunga durata riguarda individui giovani affetti da pielite. Spesso nella tubercolosi, specie di natura glandolare, esistono focolai occulti, dai quali si versano in circolo dei veleni, che sono la causa della febbre: sono le febbri pretubercolari, le febbri glandolari, le febbri ricorrenti di Ebstein. A questo gruppo appartengono anche le febbri che precedono la comparsa dei tumori glandolari nella leucemia e nella pseudoleucemia, come pure le febbri che precedono lo sviluppo del carcinoma (specialmente di quello dello stomaco, della milza, del fegato): febbri precancerose, sotto la quale denominazione rientrano le febbri, che assumono spesso il tipo della febbre intermittente accessionale, e che si manifestano quando il tumore non è ancora accessibile al nostro esame e quando gli altri sintomi che gli sono caratteristici mancano ancora.

Tutte le nostre ricerche dirette a scoprire focolai latenti piretogeni nelle tonsille, nel fegato, nella cistifellea, nella pelvi renale, nella prostata, nell'uretra, nell'orecchio medio, nell'appendice, nelle glandole peribronchiali; le ricerche dirette a scoprire neoplasmi epiteliali occulti, specie dello stomaco, di cui si sa il frequente decorso asintomatico specifico, non portarono ad alcun risultato positivo nè una qualche localizzazione apparve in un'epoca tardiva della malattia.

Nè più fortunose furono le ricerche nel campo delle febbri del periodo terziario della sifilide o, per meglio dire, del periodo di latenza di una sifilide antica; febbri che hanno per lo più un tipo intermittente quotidiano, irregolare, in cui però i massimi della temperatura non sono molto elevati. L'assenza di contagio nell' anamnesi, la nessuna trasmissione alla moglie e ai figli, il non rinvenire sintomi o stigmate del morbo all'esame del paziente, la reazione di Wassermann negativa, la completa inefficacia di una serie di iniezioni neosalvarsaniche, sono tutti argomenti che fanno escludere in maniera assoluta la infezione luetica.

Non è qui neppure il caso di accennare alle febbri nervose o isteriche, gruppo poco determinabile, irregolari per durata e per altezza, caratterizzate dall'incongruenza fra la temperatura e gli effetti della nutrizione e dall'irregolare distribuzione del calore nelle diverse parti del corpo, più frequenti nelle donne ed individui con alterazioni funzionali del sistema nervoso.

Il tentativo di riportare il nostro caso nel gruppo delle febbri nascoste propriamente dette, gruppo che riguarda le batteriemie e le setticemie senza localizzazioni o con localizzazioni tardive, processi sostenuti da batteri o dalle loro tossine, neppure può reggere alla critica diagnostica, poichè sotto ben altro aspetto si presenta il quadro della sepsi generale.

Le febbri che si protraggono a lungo e che spesso sono di diagnosi difficile rientrano, secondo il Bovaird (1), quasi tutte o nel gruppo delle tifoidi o dipendono da tubercolosi, setticemia, influenza, malaria. L'infezione eberthiana a più ricadute dev'essere presa in considerazione; ma febbri tifoidi a più di sei ricadute non si conoscono. Il dott. Stowell (2) ne ha riferito un caso in una donna di 30 anni, durato 20 settimane e terminato con la guarigione. E poi la sierodiagnosi di Widal negativa, l'assenza di splenomegalia, la mancanza delle note alterazioni del sangue (leucopenia, mononucleosi, assenza di eosinofili), il decorso a ciclo periodico così costante e caratteristico fanno abbandonare subito tale sospetto diagnostico. La febbre melitense, la malaria, la febbre ricorrente, sia per la mancanza della sintomatologia loro propria, sia per la negatività delle ricerche fatte in proposito, non meritano di essere prese in considerazione nella disquisizione diagnostica.

Vi sono però delle forme di febbri protratte, riconosce lo stesso Bovaird, di cui non è possibile scoprire la causa nè in vita nè alla autopsia. E a quest'ordine bisogna riportare il nostro caso, il quale spicca, fra le tante febbri criptogenetiche descritte, per il ciclo febbrile periodico e di durata costante, legato indubbiamente ad un biomorfismo batterico speciale, con eccitamento del centro termoregolatore con un ritmo che ricorda quello che si ha del centro respiratorio nel respiro di Cheyne-Stokes: una pausa, una fase ascendente nella curva febbrile, un acme, una fase discendente, e di nuovo una pausa, tutte legate fra di loro da un ritmo meravigliosamente armonico e costante. Ed è appunto il diagramma febbrile, che nel ritmo ricorda le oscillazioni di un pendolo, più che l'oscura natura del morbo, che conferisce al caso un interesse speciale. Gli agenti batterici coi loro veleni devono aver creato una situazione morbosa, nella quale la febbre campeggia e di-

(1) Bovaird. Am. Journal of the Med. Sciences. 1909.
(2) Stowell. New York med. Journal, 16 maggio 1903.

venta l'esponente più tangibile del male e indice della sua evoluzione e del suo svolgimento, nel mentre dànno luogo ad alterazioni nutritizie e degenerative degli elementi cellulari dei vari tessuti e ad alterazioni funzionali dei vari organi.

Nei periodi di apiressia ed apparente guarigione persiste l'infezione; forse è temporaneamente inibito l'accrescimento dei batteri e vengono probabilmente distrutti i loro prodotti tossici.

E mentre, con tutta l'influenza perniciosa, tali febbri si ripetono con ritmo costantemente armonico, senza il minimo accenno a produzione di materiali difensivi, si assiste al progressivo dissolvimento dell'organismo, finchè al 14° accesso febbrile, dopo nove mesi di malattia, in gravi condizioni cachettiche, con compartecipazione al morbo di quasi tutti gli organi ma senza poter in nessuno localizzare la malattia, non potendo più l'infermo *morbi injuriae molem sustinere*, sopraggiunge l'*obitus* dopo lunga agonia.

NOTE E CONTRIBUTI

L'acariasi da grano in Romagna nel 1921.

Anche quest'anno è apparsa, durante i mesi di settembre-ottobre, in Romagna, l'eruzione da acariasi del grano.

Le zone colpite sono presso a poco identiche a quelle dell'anno scorso (Valle del Montone, frazioni del circondario di Forlì, Cesena e Ravenna) però molto meno intensamente tanto che si contano poche famiglie per frazione.

I caratteri eziologici, epidemiologici e clinici sono identici (rapporti col grano; insorgenza improvvisa e contemporanea in tutti i membri della famiglia; eruzione cutanea con prurito, ecc.).

La minore diffusione è dovuta alla migliore qualità del grano di quest'anno, alla maggiore ventilazione data ai cumuli di grano; al clima più caldo e asciutto e meno favorevole allo sviluppo delle tignole e degli acari; all'uso più congruo ed esteso del solfuro di carbonio. Il nessun allarme dei medici e la tranquillità della popolazione è dovuto alla persuasione della nessuna gravità del male, alla conoscenza delle cause e del rimedio di esso.

Molti contadini ed operai appena si accorgono del prurito, fanno macinare tutto il grano e l'effetto della guarigione è raggiunto con poca spesa, ma siccome l'acaro vive anche nelle farine, a lungo andare si moltiplica e invade di nuovo l'uomo, con l'inconveniente che sulle farine non si possono usare i rimedi pratici per il grano.

È quindi preferibile sia dal lato igienico dell'alimentazione, sia dal lato profilattico, fare uso del solfuro di carbonio da versarsi nelle debite dosi e con le dovute cautele sui cumuli di grano o nei sacchi, in solai chiusi.

Dal lato profilattico ho visto essere molto utile l'uso di spalmarsi le parti scoperte con vaselina. Infatti ho conosciuto mugnai passare immuni tutto il periodo dell'epidemia con l'uso di vaselina alle mani, braccia, viso e collo, ogni qualvolta lavoravano nel mulino intorno al grano: finito di lavorare facevano un bagno caldo di pulizia ed ogni pericolo era scongiurato.

In quanto alla cura nulla ho da aggiungere. Coi primi freddi del novembre ogni caso nuovo è scomparso perchè le temperature basse, come quelle alte, sono sfavorevoli allo sviluppo degli acari e dei loro ospiti.

Forlì, novembre 1921.

D. PANTALEONI.

COMMENTI.

A proposito dell' "Urina filante,,

Prof. ACHILLE CAPOGROSSI
Medico primario dell'Osp. C. Mazzoni
Ascoli Piceno.

Il caso descritto dal dott. Tocco nel n. 46 di questo giornale nell'anno corrente, richiama alla memoria i pochi casi di *Urina filante* che furono pubblicati parecchi anni fa. Tuttavia questo del dott. Tocco non è paragonabile agli altri, come egli stesso dice. Secondo le sue conclusioni non si dovrebbe parlare di una vera urina filante, ma piuttosto di una secrezione uretrale filante, che si mescola accidentalmente all'urina in certe date condizioni. Se le sue ulteriori ricerche confermassero questi risultati, sarebbe opportuno, per evitare confusioni, non adoperare per questo e per casi consimili il nome di *urina filante*. Questa è sempre più o meno filante, per opera di un germe speciale. Cogli anni la vitalità del germe si esaurisce e l'urina ritorna normale.

Non sarà inopportuno che io riporti qui le conclusioni del caso da me osservato nella Clinica Ostetrica di Bologna (prof. Pinzani) nel 1894, quando ero studente, e pubblicato nel 1900 (1) quando il soggetto era già guarito della sua strana malattia. Non mi è riu-

(1) *Rassegna internazionale di Medicina Moderna*, anno I, n. 23-24, 1900. Il lavoro contiene anche la letteratura precedente. Le ricerche furono eseguite nel Laboratorio dell'Albertoni e furono presentate come tesi di laurea.

scito trovare nella letteratura successiva descrizioni di casi simili.

1. *L'urina filante* è dovuta ad un germe speciale, le cui proprietà morfologiche sono risultate diverse secondo i diversi autori. Queste divergenze potrebbero essere forse spiegate con la variabilità della forma del microorganismo nelle successive fasi di sviluppo, riscontrate da alcuni osservatori, trattandosi di un coccobacterio.

2. Possono per certo essere riuniti in uno stesso gruppo (Gliscrobacterio) i casi studiati dall'Albertoni, dal Malerba e Sanna Salario, dal Brazzola, dal Mancini e da me.

3. Il fenomeno non ha importanza patologica, non reca disturbi, e, per quanto io ho potuto vedere, scomparisce dopo un certo tempo (tre anni al massimo), spontaneamente.

4. Il Gliscrobacterio risiede nella vescica urinaria ed è possibile (nei casi suddetti) che vi sia giunto dall'esterno, date l'ampiezza e la brevità dell'uretra femminile nel caso del Malerba e nel mio, e con le iniezioni endouretrali fatte per la cura della blenorragia precedente nel caso del Mancini. La forma del Gliscrobacterio è quella di un bastoncino tozzo (μ 1.14 $\times$ μ 0.07) mobile.

La sua presenza esclude per molto tempo nell'urina quella dei comuni germi della fermentazione acida e della ammoniacale.

Esso vive bene in un gran numero di terreni acidi o alcalini, e resiste al Gram.

5. Si può ritenere che la *sostanza filante*, filtrabile alla carta e allo Chamberland, e precipitabile nel modo che si è detto, sia un prodotto del ricambio materiale del Gliscrobacterio e verosimilmente un idrato di carbonio.

Certo la sua soluzione acquosa non dà le reazioni degli albuminoidi.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Sui disturbi dei movimenti associati degli occhi nei tabetici, parkinsoniani, encefalitici e labirintici.

(C. DUVERGER et J. BARRÉ. *Revue neurol.*, maggio 1921).

In ogni periodo della tabe sono frequenti i disturbi dell'oculomozione, fugaci o durevoli, per lo più di natura paralitica, a carico del terzo e sesto paio; ma non sempre si tratta di paralisi periferiche o nucleari.

Esaminando sistematicamente l'oculomozione in dodici tabetici, gli AA., che riferiscono brevemente due casi, hanno trovato che può esistere diplopia a 4 o 5 metri e mancare a breve distanza, che la diplopia può essere diretta o crociata secondo la distanza, può mancare nello sguardo in alto ed accentuarsi nello sguardo in basso; le immagini non si allontanano nei settori laterali del campo visivo, come avverrebbe per la paralisi degli abducenti. Solo qualche caso potrebbe spiegarsi con paralisi complesse, per gli altri è da ammettere piuttosto uno spasmo dei movimenti associati della convergenza. Talora questo disturbo si accompagnava a nistagmo, vertigini, Romberg, tendenza a cadere da un lato. Nella sclerosi a placche e nei parkinsoniani si trova invece insufficienza o abolizione della convergenza, quindi diplopia crociata nella visione prossima: nella sclerosi coesistono talora vertigine, nistagmo, lateropulsione, modificazione delle reazioni labirintiche, nei parkinsoniani il nistagmo manca, possono però esistere disturbi labirintici.

Anche nell'encefalite epidemica, a forma parkinsoniana o no, si ha diminuzione o abolizione della convergenza, mentre i movimenti di lateralità di ciascun occhio sono poco o nulla limitati; possono coesistere vertigini, nistagmo, disturbi labirintici.

Gli AA. raggruppano i descritti disturbi dell'oculomozione in due tipi: tabetico, caratterizzato dallo spasmo della convergenza, parkinsoniano, caratterizzato da diminuzione o abolizione della medesima.

Nel tipo tabetico distinguono uno spasmo fisso (eguale distanza delle immagini in tutte le posizioni dello sguardo: talora anche lieve scartamento in altezza, pure invariabile), spesso ignorato dal paziente; ed uno spasmo variabile con l'elevazione e l'abbassamento dello sguardo, invariabile in movimenti di lateralità. Lo spasmo della convergenza si accompagna di rado a vero nistagmo.

Nel tipo parkinsoniano si può mettere in evidenza una diplopia crociata nella visione prossima, a cominciare da m. 1,50 e anche meno, talora solo a 20 o 30 centimetri: è fissa in tutte le posizioni dello sguardo, ma talora è più evidente nello sguardo in alto e può scomparire nello sguardo in basso; è spesso ignorato dal paziente.

Gli AA. non credono alla natura paralitica di questi disturbi: notano che spesso il paziente, con uno sforzo di volontà, può completare il movimento che d'ordinario è limitato. Li avvicinano ai fenomeni d'ipertonia riflessa: non ammettono l'ipotesi di Parinaud, del resto non dimostrata, di centri sopranucleari dei movimenti associati degli occhi, e danno invece importanza, per la genesi dei disturbi alle vie di associazione tra i vari nuclei oculomotori, tra questi e gli altri nuclei del ponte e del bulbo, e soprattutto col nucleo vestibolare.

Esaminando le funzioni labirintiche negli ammalati in questione, gli AA. non ebbero risultati costanti: spesso le prove di Barany erano negative, mentre la soglia dell'eccitabilità voltaica (prova di Babinski) era molto bassa. Per dare più solida base alle loro vedute studiarono l'oculomozione nei labirintici puri. Riportano tre casi, in due dei quali vi erano disturbi dell'oculomozione a tipo parkinsoniano, nell'altro a tipo tabetico; quest'ultimo con diplopia omonima a distanza, fissa, con l'immagine corrispondente all'occhio sinistro più bassa; vi era inoltre abolizione dell'elevazione, sostituita da retropulsione dei bulbi, e spasmo dell'orbicolare a sinistra che abbassava palpebra e sopracciglio. In tutti e tre i casi vi era nistagmo. Gli AA. esaminarono pure l'oculomozione in cinque soggetti normali, durante una forte eccitazione voltaica del labirinto. Due non presentarono disturbi, in due altri si ebbe diplopia nella visione prossima, in uno semplice limitazione dei movimenti di lateralità.

Gli AA. concludono che una perturbazione anatomica o fisiologica delle vie labirintiche (ivi comprese le connessioni labirinto-oculomotrici) può dar luogo a disturbi dei movimenti associati degli occhi: che questi sono da considerarsi fenomeni di ipertonia riflessa, analoghi al clono, con punto di partenza dalle vie di connessione del ponte e del bulbo, e principalmente dal fascio longitudinale posteriore, dai nervi vestibolari e loro nuclei; che il dominio delle manifestazioni patologiche d'origine labirintica è probabilmente più esteso che non si creda finora, e più d'uno ha rilevato l'influenza che ha l'apparecchio labirintico sulla tonicità di quasi tutti i muscoli del corpo. Gli AA. riconoscono che le loro vedute hanno bisogno di ulteriore accertamento. DORIA.

PATOLOGIA GENERALE.

Importanza patogena dell' "Ascaris lumbricoides„

Gli studî minuti sull'evoluzione degli ascaridi, eseguiti nei recenti anni, hanno guidato ad avere una conoscenza più completa sulla importanza patogena di questi vermi.

Grassi, primo di tutti, dimostrò che il modo di trasmissione degli ascaridi è diretto; egli osservò che le nuova di *Ascaris lumbricoides* contenenti embrioni, dopo 5 settimane dalla loro ingestione avevano di già raggiunta la maturità e si erano formate le nuove generazioni le cui uova si riscontravano nelle feci; le ricerche del Grassi sono state ulteriormente confermate.

Davaine, con esperimenti sui topi, accertò che le larve di *Ascaris* si evolvono nell'intestino dei topi, ma che esse sono nuovamente espulse nelle feci. Stewart (1915), riprendendo l'argomento con ricerche sperimentali sui topi, confermò i risultati del Davaine, che quando le uova mature di *Ascaris* sono ingerite dai topi (*Mus Decumanus* e *Mus Musculus*) un gran numero di esse possono bensì passare nelle feci, ma egli osservò inoltre che era possibile riscontrare, dopo alcuni giorni, larve di *Ascaris* nel fegato e nei polmoni dei topi in esperimento; le larve trovate nei polmoni erano una piccola percentuale delle uova somministrate; dalla media di 5000 uova non più di 50 larve (1 %) erano vedute nei polmoni. Ulteriori ricerche dello stesso Stewart (1917) hanno confermato tali risultati stabilendo che le larve persistono nei polmoni e nella trachea dei topi fino a 8-10-12 giorni dalla ingestione e che poi migrano nel canale alimentare traversando l'esofago, lo stomaco e si accumulano nell'intestino largo; un rilevante numero di dette larve passano nelle feci.

Ramson, con più recenti esperimenti (1919), confermò anche che le larve di *Ascaris*, dopo la ingestione, non si fissano immediatamente alla parete intestinale, ma migrano al fegato, ai polmoni ed altri organi e durante questa migrazione esse raggiungono notevole accrescimento e sviluppo; le larve che raggiungono i polmoni ritornano, come è stato detto, per via della trachea e dell'esofago, all'intestino dove, negli animali recettivi (uomo, suini) si fissano e si sviluppano fino alla maturità, mentre in altri animali (topo, ratto, cavia, coniglio) sono eliminate nelle feci; negli animali non recettivi queste larve possono presentare uno sviluppo abortivo che non porta mai alla maturità fertile.

La conoscenza dell'azione patogena degli ascaridi appare più completa al lume delle ri-

ferite ricerche. La presenza di ascaridi può non determinare disturbi di sorta, ma altre volta può causare sintomi differenti dovuti o alla loro azione meccanica, che dà una sintomatologia differente secondo i vari organi colpiti, o alla loro azione tossica generale.

Già da lungo tempo è stato osservato che gli ascaridi allo stato adulto, se in gran numero nell'intestino, possono determinare occlusione intestinale ed è stato osservato anche che essi possono essere espulsi dalla bocca, dalle fosse nasali o anche dai dotti lagrimali; è noto inoltre che ascaridi sono stati trovati negli ascessi periesofagei, nel faringe e come dal faringe possono passare nella tromba di Eustachio ed essere perfino espulsi nel condotto uditivo esterno.

Per quanto riguarda gli organi interni la invasione, da parte degli ascaridi, del fegato, del pancreas e di altri organi, riscontrata ripetute volte alla autopsia, ha potuto e può talvolta lasciare tuttora il dubbio che essa possa esser avvenuta dopo morte; oggi però gli studi sulla migrazione *in vita* degli ascaridi e sulla possibilità che essi, durante tale loro migrazione, raggiungano considerevole accrescimento e notevoli dimensioni, ci guidano a conoscere che essi *in vita* possono determinare lesioni nel fegato, pancreas, polmone ed altri organi.

Di tali lesioni particolarmente nei polmoni si ha una dimostrazione negli animali sperimentalmente infetti, nei quali è stato osservato che le larve di *Ascaris*, durante la loro migrazione attraverso i polmoni, determinano sintomi bronco-polmonari; tali sintomi broncopolmonari si presentano clinicamente anche nell'uomo, specialmente nei bambini; a tale riguardo il Pantin ((1918), riferendo le sue osservazioni sull'ascaridiosi in Cina, nota come in una località che egli ha potuto seguire per 15 anni e nella quale la popolazione è infetta di *Ascaris lumbricoides* nella percentuale dell'1 % è frequente una tosse, detta tosse da vermi (*wormy cough*); quivi la bronchite nei bambini è curata, nel massimo dei casi, con dosi di santonina senza espettoranti.

L'*Ascaris* può avere notevole importanza per la sua azione tossica; dalle ricerche di Alessandrini e Paolucci è stato riconosciuto che gli ascaridi secernono e contengono nel liquido che riempie la cavità del corpo una sostanza acida e volatile la quale ha un'azione spiccatamente urticante sulla pelle e sulle congiuntive; tale sostanza determinerebbe negli individui fortemente suscettibili quei sintomi nervosi riflessi che si osservano nell'ascaridiosi e che son dovuti all'irritazione della mucosa intestinale. L'azione tossica avrebbe, a quanto pare, una grande importanza nella genesi della distruzione globulare (?); il Bouges (1920) riferisce un caso con sindrome di ittero emolitico (?) in un giovane soldato infetto di *Ascaris lumbricoides;* i sintomi scomparvero nel periodo di circa 2 mesi dopo ripetuta somministrazione di santonina ed espulsione degli ascaridi; il minuto studio clinico del caso aveva escluso sifilide, tubercolosi, malaria e non eravi alcun sintomo che facesse pensare ad ulcera gastrica, a cancro, a cirrosi del fegato, ecc.

L'*Ascaris* può avere anche importanza come portatore di germi infettivi, durante le sue migrazioni, al fegato, pancreas, polmoni ed altri organi.

Seguendo Crowell (1920), che per lunghi anni ha studiato l'ascaridiosi in Manila, dove questa infezione è largamente diffusa, noi possiamo oggi classificare gli effetti patogeni dell'*Ascaris lumbricoides* come segue:

1° effetti meccanici che possono essere determinati dal verme allo stato adulto nell'intestino o durante le sue migrazioni allo stato larvale, ai dotti biliari, fegato, pancreas, ecc.;

2° importanza del verme a determinare, nei suoi stadi evolutivi, sintomi bronco-polmonari;

3° azione tossica dovuta alla presenza di sostanze elaborate dal verme e capaci di determinare sintomi nervosi riflessi e forse anche distruzione globulare;

4° importanza del verme come portatore di germi infettivi nelle sue migrazioni.

c. b.

CHIRURGIA.

L'enterostomia nel trattamento della peritonite.

(DELORE et CONROZIER. *Revue de Chirurgie*, n. 11, anno 1920, pag. 606).

L'enterostomia praticata parecchi anni or sono come intervento di preparazione alla laparatomia venne di poi usata nella peritonite post-operativa come operazione curativa dopo l'intervento primitivo, specie quando sopraggiungessero i sintomi di occlusione intestinale o ileo-paralitico. Ulteriormente essa fu abbandonata e ciò forse perchè gli interventi addominali più larghi e più precoci ne hanno ristretta l'applicazione.

La morte per peritonite non fa usare ai chirurgi questa operazione così frequentemente come bisognerebbe. Purtuttavia gli AA. credono che della peritonite si potrebbe guarire perchè essi considerano che l'enterostomia in

certi casi è l'unica risorsa del chirurgo e dell'ammalato. La lesione causale della peritonite, le sue complicanze generali e locali devono essere trattate e considerate. Il campo di azione nelle peritoniti è limitato da un lato a tutti quei casi nei quali si riconoscono cause locali curabili, dall'altra ai casi di astensione operatoria: peritonite settica diffusa.

Quali sono le cause di morte, quali sono gli aspetti clinici nelle peritoniti di cui le lesioni primitive furono già trattate, ed alle quali sopraggiunsero le peritoniti diffuse? La causa della morte è l'ileo paralitico consecutivo alla peritonite.

L'intestino, coperto di peritoneo infetto, si paralizza, il suo contenuto fermenta; gas e liquidi ritenuti aggravano, bloccando, le condizioni dell'intestino sopradisteso, mantengono la peritonite per impregnazione settica della sierosa attraverso le tuniche dell'intestino malato, favorendo l'intossicazione generale per assorbimento delle secrezioni tossiche tanto intestinali che peritoneali. Nel praticare le enterostomie gli AA. rinvennero degli occhielli sulle pareti intestinali, le anse rosse, appannate e perfettamente tappezzate di placche di essudato. Se si tratta efficacemente l'ileo, in assenza di ogni causa locale, si sarà dato alla peritonite il trattamento più efficace. Se per esempio si è intervenuti in un'appendicite a caldo o in un'ernia strozzata operata tardivamente, la comparsa di fenomeni peritonitici con ileo-paralitico costituiscono l'indicazione assoluta per l'enterostomia.

Gli AA. analizzandone le diverse applicazioni ricordano che l'enterostomia preoperatoria, usata al principio degli interventi addominali, non ha oggi più il suo motivo di applicazione.

L'enterostomia nel corso dell'intervento laparatomico da altre cause avrebbe la sua indicazione terapeutica nei casi in cui il meteorismo delle anse si accompagna alla reazione peritoneale (arrossamento, appannamento della sierosa). In tali condizioni citano un caso per briglie cicatriziali in corrispondenza del cieco, le quali avevano dato occlusione e peritonite.

L'enterostomia consecutiva ad altre operazioni trova la sua indicazione nell'ileo-paralitico postoperatorio. Di tali categorie di ammalati essi si sono principalmente occupati. Differente è l'indicazione e l'applicazione secondo le diverse forme cliniche di peritonite.

Nelle peritoniti settiche diffuse, nelle quali su sette operati ebbero sette decessi, nonostante i risultati sconfortanti gli AA. consigliano di intervenire in tutti i casi nei quali clinicamente si possa apprezzare che l'ammalato non sia al disotto delle risorse generali chirurgiche; vale più di tutto la grande esperienza acquisita per potere giudicare di tali limiti di risorse. A tale uopo cita il caso di un ammalato nel quale dovettero intervenire per peritonite in diffusione da appendicite trattata in primo tempo con appendicectomia e con drenaggio della fossa iliaca. In secondo tempo, dopo 48 ore, comparsi i sintomi di peritonite generalizzata con ileo-paralitico fu operato di fistola intestinale nella fossa iliaca sinistra. Evidentemente i casi di guarigione aumentano quando si ha da fare con delle peritoniti meno gravi e localizzate, nelle quali si presentano ugualmente i sintomi di ileo-paralitico. Citano a tale proposito un altro caso nel quale l'ammalata fu operata prima di enterostomia alla Fontan per peritonite ed ileo-paralitico, e dopo risoluti i fenomeni peritonitici e di ileo, operata di una raccolta ascessuale appendicolare complicata a restringimento infiammatorio della porzione prececale dell'ileo.

Un gruppo interessante di indicazioni di enterostomie gli AA. trovano nelle peritoniti consecutive ad ernie strozzate tardivamente operate. Per tale gruppo citano un caso in cui l'occlusione intestinale completa era comparsa dopo parecchi giorni dall'intervento di urgenza sull'ernia strozzata e si trattava di una peritonite in via di diffusione, la quale si risolse favorevolmente con la enterostomia.

Gli AA. ricordano che a principio delle loro osservazioni, come la maggior parte dei chirurgi, essi intervenivano con operazioni più vaste nelle peritoniti; ma, come gli altri, vi hanno rinunciato perchè gli ammalati non sopportano una laparatomia, e l'enterostomia rimpiazza, dando la guarigione dell'ileo.

Tecnicamente essi sono contrarii alla costituzione di un ostio temporaneo per gli accidenti ai quali questo espone (inoculazione nel peritoneo del contenuto intestinale attraverso i punti, minaccia di infezioni delle pareti, tardivamente denutrizione grave, fastidii nello intervento di riparazione). La fistola invece ha il pregio di essere continente e di richiudere spontaneamente, come ad essi è avvenuto nella metà dei casi operati. La loro tecnica si inspira a quella di Fontan per la gastrostomia. Insistono nel divieto di aprire la fistola sull'incisione della prima operazione per non operare su un focolaio di infezione locale. Aprono la parete add. lo strettamente necessario, praticando una fistola sul viscere dilatato. L'ansa intestinale, presa con una pinza di Chaput,

viene tratta con prudenza, esteriorizzandone dalla ferita della parete un cono di cui la base viene fissata alla parete addominale. Indi si passa, a due centim. circa al disotto della punta del cono di trazione, un punto circolare di imbastitura, di cui i due capi liberi sono presi da una pinza. Con la punta del bistori, sulla sommità del cono si apre una breccia appena sufficiente a far passare una Nélaton, la quale è introdotta mentre vi fa trazione sui due capi liberi del filo, producendo un'invaginazione del viscere appresso alla Nélaton ed evitando così il contatto diretto della mucosa con la sonda mentre nel contempo si protegge la porzione di intestino fisso e la parete add. dal contenuto intestinale. Si annodano i due capi di filo intorno alla sonda e dopo, riprendendoli, si fissano alla parete. Alla Nélaton, quando l'ammalato è a letto, si applica un tubo di cautchout il quale funziona da sifone. Opportuni sono dei lavaggi durante le 24 ore attraverso la sonda. Quando tale primo intervento sia stato negativo gli AA. consigliano una seconda enterostomia, della quale si giovarono due loro ammalati.

Gli AA. possono riunire i risultati in 22 osservazioni complete di enterostomie in peritoniti con ileo-paralitico. Essi ebbero 10 decessi e 12 guarigioni. Raggruppandoli secondo le diverse forme cliniche ebbero: 7 casi di enterostomia nelle peritoniti diffuse settiche, con sette morti; 3 casi nelle peritoniti in diffusione con due guarigioni ed un decesso; 4 casi nelle peritoniti localizzate o in via di limitazione con 4 guarigioni; 8 casi nelle peritoniti discreto e, secondarie ad occlusioni, la più parte antiche ed in soggetti vecchi, con sei guarigioni.

Gli AA. aggiungono che hanno avuto l'impressione nettissima di aver operato i loro ammalati nel momento nel quale l'evoluzione fatale non lasciava alcun dubbio e quando tutti gli interventi più larghi sull'addome avrebbero fatto soccombere i pazienti. JURA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

RUBINSTEIN M. *Traité pratique de Sérologie et de Sérodiagnostic.* A. Maloine et fils, Paris, 1921. Fr. 22.

È una raccolta di conferenze tenute dall'A. in un corso di serologia. Nella compilazione del trattato poco conservano del loro carattere di conferenze o lezioni, e la materia è svolta essenzialmente dal punto di vista delle applicazioni pratiche che gli studi di serologia hanno portato nel campo della diagnosi di svariate malattie.

In alcuni capitoli l'A. espone i concetti principali sulle proprietà fisico-chimiche dei sieri, sugli antigeni e gli anticorpi per passare poi alla trattazione dei vari metodi sierodiagnostici. Ampiamente svolto è il capitolo della sierodiagnosi della sifilide, con la dettagliata esposizione della reazione di Wassermann e di tutte le modificazioni ad essa apportate, e delle reazioni di precipitazione trattando anche brevemente delle questioni che si ricollegano alla interpretazione del meccanismo ed al valore della reazione di Wassermann.

Nei capitoli successivi l'A. tratta della sierodiagnosi di svariate malattie infettive (peste, colera, tifo, morva, ecc.), della tubercolosi, dell'echinococcosi e del cancro; e da ultimo espone le applicazioni che nella sierodiagnostica hanno trovato le ricerche di fermenti con la reazione di Abderhalden.

L'esposizione succinta della materia e le indicazioni bibliografiche annesse ad ogni capitolo rendono tale trattato buona guida a chi si interessa in modo particolare degli studi di sierologia.

TR.

SIMON E. CHARLES. *A Laboratory syllabus of clinical pathology.* Un vol. in-8 di 86 pag. rilegato. Lea e Febiger. ed. Philadelphia e New York. Prezzo dollari 3.

Il manuale è particolarmente adatto per chi debba istradare gli studenti alle ricerche di laboratorio per uso clinico e per gli stessi studenti, che vi trovano le indicazioni per gli esercizî, e le questioni che ci si propone di risolvere in ogni esame. Comprende 39 lezioni dedicate alle ricerche sul sangue (elementi morfologici, parassiti, reazioni sierologiche, ricerche chimiche), sugli espettorati, il liquido cerebro-spinale, il succo gastrico, le feci, l'urina, ecc. Per ogni lezione vi è l'elenco degli apparecchi e reagenti necessarî, le indicazioni di tecnica ed una serie di domande, che ricapitolano l'argomento studiato. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(*Continuazione e fine, vedi n.* 50)

XXI Congresso della Società Italiana di Ostetrica e Ginecologia

(Trieste, 9-11 ottobre 1921).

Comunicazioni individuali.

I. Prof. R. COSTA (Novara). — *I limiti d'intervento ed il meccanismo del parto nella sinfisiectomia parziale.* — Se l'operazione è bene eseguita, cioè se si asporta tutto il tratto esteso dal tubercolo pubico di un lato a quello del lato opposto, per l'altezza di un centimetro, si possono ottenere i seguenti risultati:

con C. V. non inferiore a 83 mm. la testa fetale passa a pieno;

con C. V. non inferiore a 75 mm. la testa passa col meccanismo comune, cioè disponendo il diametro biparietale parallelo ad un obliquo dello stretto superiore;

con C. V. non inferiore a 72 mm. la testa passa con una forte inclinazione sul parietale superiore e si misura colla C. V. il diametro che va dall'apofisi mastoide al sincipite.

Ne consegue che i migliori risultati si hanno quando la C. V. non è inferiore a 83 mm., mentre l'estensione della sinfisiectomia ai casi tra 75 a 72 mm. deve essere eccezionale. Sotto i 72 mm. il risultato è da ritenersi nullo.

La sinfisiectomia parziale va circoscritta ai bacini semplicemente piatti. Eccezionalmente può essere estesa a bacini altrimenti viziati, purchè, ben inteso, la stenosi sia prevalentemente insita nel raccorciamento dei diametri antero-posteriori dello stretto superiore.

II. Prof. OLIVA (Genova). — *Sinfisiectomia parziale alla Costa.* — Riferisce su un caso dell'operazione, il primo eseguito fuori della Clinica di Novara (l'ottavo quindi della serie). Esso gli dimostrò la facilità e l'innocuità dell'intervento per la madre e per il feto, sì che è da aspettarsene la più ampia applicazione. Domanda se non sarebbe più proprio per l'operazione il nome di «emipubiotomia».

Discussione.

Prof. MANGIAGALLI (Milano). — Preferisce il nome di «*Sinfisiotomia parziale superiore*» a meglio indicare l'operazione di Costa. Dimostra la razionalità del principio di questa tecnica. L'operazione, se comprende nella resezione il tubercolo retropubico, deve dare un vantaggio notevole. In ogni caso, tenuto conto dei valori variabili della testa fetale, pensa che nelle condizioni permittenti non si debba andar sotto i 78-80 mm. di C. V. L'osso deve esser asportato con tutti i tessuti periostei ad evitare successivi anomali ritorni di ossificazione. L'operazione è semplice, facile, senza emorragia, specie se praticata con l'incisione di Pfannenstiel. Può esser fatta a distanza dal parto con vantaggio, ad evitare che la narcosi si aggiunga alla lunghezza del travaglio a dar sofferenza fetale. Le operazioni complementari, possono dar complicazioni. Si può pensare anche all'eventualità di frattura della sinfisi divenuta meno solida per l'operazione nel caso di trazioni di «forcipe sull'asse». Si deve vedere se l'operazione possa esser fatta pure a scopo preventivo secondo una proposta che ci viene dagli Stati Uniti. La questione del risultato permanente per l'ampiezza ottenibile dalla pelvi è importante. Si sa come esso venne negato per la resezione del «promontorio» a causa della produzione di nuovo tessuto osseo, ma le due operazioni non sono paragonabili perchè nella resezione pubica si asportano i tessuti periostei, il che non si può fare nella resezione dell'angolo sacro vertebrale. L'operazione di Costa infine è venuta a dare maggior importanza al problema della ricerca di un'operazione che ci faccia ottenere la *dilatazione permanente del bacino ristretto.*

III. Prof. SANTI (Arezzo). — *Di una rarissima forma di rottura spontanea dell'utero in travaglio di parto.* — Trattasi di una nuova forma di rottura incompleta dell'utero con lacerazione della muscolatura del segmento inferiore con perfetta integrità del peritoneo e della superficie interna dell'utero, verificatasi nella completa assenza di sintomi in un travaglio di parto normale in donna pluripara con bacino normale e feto normale. Si ebbe un ematoma sotto e retroperitoneale. L'O. crede questa modalità di lesione non rarissima; la crede piuttosto difficile a cadere sotto l'osservazione, perchè se poco esstesa può passare inavvertita a guarigione; se estesa maggiormente può divenire lacerazione completa.

IV. Dott. LAURO (Napoli). — *Un caso non comune di rottura d'utero in travaglio di parto.* — La donna non aveva viziatura pelvica, era multipara, dimensioni normali avea il feto. La lacerazione aveva sede nella sezione antero-laterale destra del segmento inferiore. Feto e placenta erano passati nel cavo addominale. Non fu rilevata alcuna alterazione anatomica della parete uterina all'esame microscopico. Assenti le cause comuni di rottura si dette importanza al mancato impegno della testa fetale in asinclitismo ed alla rigidità del collo uterino da pregresse cicatrici da parto.

Discussione.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Il caso riferito dal prof. Santi è interessante non solo dal lato clinico ma anche da quello anatomo-patologico. Esso dimostrando la muscolatura divisa dalla sierosa e dalla mucosa nel segmento inferiore ci fa meglio concludere che la resistenza della parete uterina è legata essenzialmente alla solidarietà fra i tre strati che la compongono. È forse difficile darsi ragione del meccanismo di scollamento della mucosa.

V. Dott. A. RICCI (Napoli). — *L'operazione di Dittel-Forgue nelle fistole vescico-uterine.* — È, come noto, intervento soprapubico, che può essere eseguito con tre metodi: sottoperitoneale (Bardenheuer), transvescicale (Trendelenburg) e

transperitoneale (Dittel-Forgue), che pare debbasi preferire, secondo l'O., perchè lo crede più razionale e perfetto. Egli l'ha praticato in un caso felicemente.

VI. Prof. MANGIAGALLI (Milano). — *Rapporti ereditari fra fibroma e cancro dell'utero.* — Alla stregua della sua vasta esperienza crede degni di nota questi rapporti. Ha visto *madri cancerose* e figlie *fibromatose*. Nell'incertezza della genesi dei tumori maligni sarebbe forse da domandarsi se i fibromi non siano dovuti all'attenuazione di quegli stessi elementi dai quali si ha il cancro.

Discussione.

Prof. GUZZONI (Modena). — Ha visto tre volte casi di fibromi in donne figlie di madri cancerose.

Prof. BERTINO (Parma). — Ha osservato verificarsi il fatto anche per tumori di sede extragenitale.

VII. Prof. DE GRISOGONO (Trieste). — *L'operazione di Göbell-Stoeckel nella cura dell'incontinenza dell'urina.* — La tecnica di Göbell-Stoeckel in casi adatti, adottata come operazione complementare alla plastica muscolare diretta, può portare a guarigione anche quei casi d'incontinenza, nei quali altri metodi rimasero senza effetto. L'O. riferisce su due casi operati nel suo reparto.

Discussione.

Prof. SANTI (Arezzo). — Nei casi semplici di incontinenza si può ottenere buon risultato anche con l'operazione di Pestalozza con le note modificazioni. Nei casi complicati, perchè seguenti a fistole chiuse con cicatrice sclerotica, l'O. teme che l'operazione di Göbell possa far riaprire la fistola.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — La sua operazione solo indirettamente può riuscire alla cura dell'incontinenza. Per sua esperienza il tempo porta un miglioramento sensibile nell' incontinenza da uretroplastica e però la operazione di Göbell in questi casi gli parrebbe eccessiva.

Prof. DE GRISOGONO (Trieste). — Osserva che anche lo Stoeckel limita le indicazioni della sua operazione e fa vedere i casi nei quali è opportuno aggiungere all'operazione della fistola la tecnica di plastica con i fasci pubici del m. elevator ani (Franz).

VIII. Prof. BRUGNATELLI (Genova). — *Su di un caso di rene policistico in gravidanza.* — Il caso simulava un cistoma ovarico in gravidanza a causa dell'ectopia del rene malato, come risultò all'esame istologico, per tubercolosi. Il rene era multiloculare, pesava 2 kg., aveva parete assottigliata con tessuto renale solo qua e là conservato, con abbondante infiltrazione intercanalicolare parvicellulare e molti glomeruli in sclerosi. C'era compenso perfetto funzionale dell'altro rene. Il reperto urinario era normale per l'obliterazione dell'uretere del lato malato, al quale si arrestava il processo morboso.

IX. Prof. BRUGNATELLI (Genova). — *Sul significato fisiopatologico degli elementi interstiziali.* — L'O. riporta esemplificandoli tre ordini di fatti:

1° La comparsa di formazioni a tipo interstiziale, simili alle ovariche, nell'epiploon;

2° I punti di contatto fra reazione deciduale extrauterina e gli elementi interstiziali;

3° Il comportamento del testicolo — ad elementi interstiziali sperimentalmente iperplastici — di fronte alla cultura dell'organo stesso.

Trova che tutti portano un contributo all'idea che gli elementi interstiziali non costituiscono singoli organi, ma sono parti di un sistema diffuso in tutto l'organismo, che in alcune regioni ed in certe epoche della vita fisiologica o patologica assumono un particolare sviluppo. Nella sfera genitale sono più frequenti ed abbondanti; vi compiono cicli vitali più complessi in relazione alla complessità delle funzioni dei singoli organi.

X. Prof. VERCESI (Genova). — *Su di una rara forma di tumore del cellulare pelvico.* — La diagnosi clinica era di «tumore solido del legamento largo». Trattavasi invece di una trasformazione fibrosa con infiltrazione calcarea di una raccolta ematica del legamento, avvenuta, secondo l'O., da emorragia dei vasi utero-vaginali lacerati in travaglio di parto artificiale pregresso (forcipe).

XI. Prof. VERCESI (Genova). — *Contributo alla radioterapia del carcinoma inoperabile.* — Riferisce dei risultati di applicazioni di Radio e di Raggi X su 24 casi (23 carcinomi, 1 sarcoma). Conclude, senza voler dare risultati definitivi, che per i casi inoperabili la radioterapia costituisce il miglior sussidio di cui si dispone. Per i casi operabili fa molte riserve in base a reperti microscopici, all'incertezza della tecnica, ecc.

XII. Prof. BOLAFFIO (Roma). — *Alcuni problemi nella Röntgenterapia del cancro dell'utero.* — Illustra specialmente il problema della dose, quello della tecnica e quello del processo di guarigione.

XIII. Dott. MASIERI (Roma). — *Influenza della Röntgenterapia sulla composizione morfologica del sangue.* — Fa notare l'importanza dell'esame ematologico come mezzo per controllare l'andamento clinico della malattia cancerosa. Dimostra gli effetti della Röntgenterapia dei carcinomi sulla composizione morfologica del sangue.

XIV. Dott. A. PAIS (Roma). — *Radioeccitamento delle ghiandule sessuali.* — Ricorda l'azione eccitante oltre quella distruttiva dei raggi X: azione eccitante sperimentata dall'O. per la guarigione di forme malariche croniche a ripristinare la funzione degli organi ematopoietici nella malaria, divenuti pigri e stanchi.

Esperimentando i raggi X sulle ghiandule sessuali, tale azione eccitante determinò aumento del numero degli spermatozoidi. Anche sulle ovaie, con dosi minime finora mai usate, dimostrò una grande sensibilità, così che si potè ottenere persino una rapida maturazione funzionale nelle donne in amenorrea con l'aspettata comparsa della crisi pubere. Crede l'O. questa azione eccitante dei raggi X offra un campo grandioso di esperimento.

XV. Prof. CUZZI A. (Milano). — *Il reparto Curieterapico dell'Istituto ostetrico di Milano.* — L'O. dimostra i risultati soddisfacenti delle applicazioni Curieterapiche fatte da lui nell'Istituto di Milano e presenta notevoli considerazioni cliniche-statistiche.

XVI. Prof. CUZZI A. e dott. M. MUSAZZA (Milano). — *Considerazioni su di alcuni casi di fibromi uterini trattati con i raggi X.*

Discussione sulla Radio- e Radiumterapia.

Dott. PAIS (Roma). — I risultati delle irradiazioni eccitanti (dosi minime e brevi) non sono comparabili con quelli delle irradiazioni distruttive (dosi forti e prolungate).

Prof. ALFIERI (Pavia). — Nella sua Clinica furono curati con radio ventiquattro carcinomi uterini e vaginali. In quelli vaginali furono buoni i risultati nelle forme vegetanti; nulli nelle ulcerative. Nel carcinoma uterino cervicale i risultati furono notevoli anche se molto spesso temporanei e parvero anche tali da allargare il limite dell'operabilità. Nel carcinoma del corpo il radio fu usato *ante* e *post operationem.* Prima dell'operazione pure qui parve utile a rendere operabili tumori prima ritenuti inoperabili. In un caso però vide determinarsi un ispessimento coriaceo del peritoneo pelvico che vietava la tecnica della panisterectomia.

Prof. MANGIAGALLI (Milano). — Crede che bisogna avere il coraggio di applicare il radio o i raggi X anche nei casi operabili, perchè altrimenti il problema sarà difficilmente risolto, in quanto tutte le cure applicate tardivamente finiscono per essere inefficaci.

Prof. BERTOLONI (Alessandria). — Per sua esperienza e per quella che gli risulta dalle osservazioni fatte alla Clinica di Bumm, crede che non vi sia ragione di temere il pericolo della cachessia per irradiazioni molto estese.

Prof. BOLAFFIO (Roma). — Anche per la sua esperienza il cancro primitivo della vagina ha una elevata malignità ed è facile alla recidiva dopo apparente guarigione per la cura dei raggi X. Le operazioni che seguono alle irradiazioni possono trovare speciali difficoltà di tecnica come ha trovato il prof. Alfieri. Il quadro istologico di molti cancri spesso non corrisponde al quadro clinico specie in ordine al decorso. Gli stessi cancri che guariscono con l'irradiazione guariscono probabilmente con l'operazione chirurgica se questa è completa; ma l'irradiazione può colpire più sicuramente il tumore e può dare minori pericoli immediati.

XVII. Dott. R. LIEBMANN (Trieste). — *Cento celiotomie ginecologiche nel reparto operatorio della Poliambulanza di Trieste.* — Operò per laparotomia 83 volte, per vagina 17, mortalità 4 casi. La mortalità si ebbe nelle operazioni per cancro e nelle annessiectomie. L'O. lamentò due casi di fistole (una uretero-vaginale ed una retto-vaginale) per necrosi post-operatoria. Si attenne per quanto possibile al criterio di conservare la funzione ovarica fino ad indursi ad operare le gravidanze extrauterine con la sola salpingectomia. Espone i criteri per la scelta della via addominale e vaginale.

Discussione.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — La conservazione dell'ovaio può essere utile nelle laparotomie per tumefazione annessiale. Non lo è mai nella gravidanza extrauterina. L'ovaio rimasto solo può dar luogo a recidive di ectopia gravidica per migrazione esterna dell'uovo fecondato.

Prof. MANGIAGALLI (Milano). — Osserva che quando è possibile si potrebbe tentare di conservare nelle operazioni per gravidanza tubarica non solo l'ovaio ma la stessa tuba. Egli ha con buoni risultati tentato questo nell'aborto tubarico esprimendo fuori della tuba a padiglione largamente aperto con opportuna compressione l'uovo intero o parte di esso che vi fosse rimasto col sangue che vi fosse trattenuto.

XVIII. Prof. GAIFAMI (Roma). — *Contributo allo studio del corpo luteo.* — L'istogenesi epiteliale del corpo luteo è contrastata ancora da molti reperti che sembrano appoggiare la tesi dell'origine connettivale. L'ovulazione si fa con prevalenza nella prima metà dell'intermestruo. Di solito il C. L. è in attiva evoluzione alla vigilia della mestruazione, sicchè fra questa e quella è ammesso un rapporto di interdipendenza nel senso di inibizione esercitata dal corpo luteo sull'efflusso di sangue. Devesi ammettere una diversa rapidità di sviluppo del C. L. da caso a caso e ciò in armonia con le differenze morfologiche di esso così notevoli. Non si hanno mai follicoli appena scoppiati contemporaneamente ad altri maturati o già maturi.

La necessità del C. L. per l'evoluzione regolare della gravidanza è oramai scossa. È insostenibile la tesi dell'importanza etiologica delle cisti luteiniche per la gravidanza extrauterina. Può essere vero l'inverso rapporto o i due fatti per lo più sono legati ad uguale causa: di solito antichi processi flogistici.

Discussione.

Prof. CLIVIO (Genova). — Ricorda le antiche sue ricerche sul corpo luteo su ovaia di bambina. Crede anche egli che non sia detta ancora l'ultima parola sulla questione dell'origine del corpo luteo.

XIX. Prof. E. WELPONER (Trieste). — *Un feto difallo con raddoppiamento parziale degli organi addominali.* — L'O. illustra ampiamente il feto difallo che presenta al Congresso. Il caso teratologico è rarissimo.

XX. Dott. P. GALL (Trieste). — *Il Forcipe di Kielland.* — Mette in evidenza la costruzione leggera di questo forcipe. Fa vedere come esso differisca dagli altri forcipi perchè non ha una articolazione fissa. Esso richiede esattezza di diagnosi e correttezza tecnica. Dimostra la tecnica per la sua applicazione che è originalissima, perchè la branca anteriore viene applicata con la curvatura pelvica rivolta verso la sinfisi e poi ruotata di 180 gradi. Le esperienze fattene non per-

mettono ancora osservazioni personali. I pregi sarebbero: 1) applicazioni esatte nel diametro biparietale; 2) notevole risparmio di forze; 3) minori lesioni vaginali e perineali.

Discussione.

Prof. Mangiagalli (Milano). — Fa delle critiche su questo modello di forcipe e specialmente sulla tecnica di applicazione che richiede e che in mano non sicura potrebbe essere anche molto pericolosa specie se la diagnosi ostetrica fosse errata.

XXI. Dott. N. Dallera (Cagliari). — *Sulla cura delle forme infiammatorie annessiali con la trementina.* — Si tratta di iniezioni di olio puro di trementina in una soluzione sterile al 20 % in olio finissimo di oliva. Risultati: 40 casi guariti, 9 migliorati, 3 stazionari, nulli nelle forme tubercolari. Ecco le conclusioni dell'O.: 1) la trementina provoca in pochi giorni la scomparsa dei dolori, la caduta della febbre, la diminuzione delle perdite ed un sensibile miglioramento delle condizioni generali. Nelle forme acute recenti dà rapida guarigione; nelle antiche dà risultati migliori di quelli che si hanno per altre cure; 2) questo metodo di cura è di una applicazione tecnica semplicissima, non provoca disturbi, può essere effettuato ambulatoriamente e vale in qualunque stadio della malattia.

XXII. Dott. Menstron (Trieste). — *La terpichina nella cura delle annessiti.* — Riferisce su 42 osservazioni di tale cura in sei mesi. Ottimi risultati specie per le condizioni generali, la cessazione dei dolori, la diminuzione delle tumefazioni ed in alcuni casi la completa guarigione, senza mai dar complicazioni.

Discussione sul tema della cura delle annessiti.

Prof. Santi (Arezzo). — Non ebbe i risultati comunicati dai precedenti OO. Crede essi siano dovuti al riposo al letto ed altre cure vaginali cui le malate sono obbligate contemporaneamente.

Prof. Bertoloni (Alessandria). — Il metodo delle iniezioni profonde di trementina è innocuo, può dunque esser sperimentato largamente. Dalla esperienza sua non si avrebbe l'impressione di risultati soddisfacenti.

Prof. Namias (Mantova). — Ricorda che il professor Chiara fin dal 1883 usava nelle forme infiammatorie annessiali impacchi caldissimi fortemente terebentinati e ripetuti sull'addome.

Prof. Decio (Perugia). — Ha usato la terpichina in venti casi. Solo in due casi si ebbe rapida scomparsa della temperatura ed in uno solo una certa diminuzione di volume della massa inflammatoria. Crede anche egli che tali risultati possano esser dovuti al contemporaneo uso di ghiaccio ed al riposo a letto. Nelle forme croniche non si vide acceleramento evidente del riassorbimento delle masse. Il metodo di cura essendo innocuo può esser sperimentato largamente.

XXIII. Prof. M. Lampugnani (Novara). — *Tumori ovarici e tumori renali.* — Riferisce la letteratura sull'argomento; illustra due casi da lui osservati ambedue portati all'operazione: l'uno di cisti ovarica guarito, l'altro riconosciuto inoperabile al tavolo operatorio (tumore retroperitoneale policistico renale — diagnosticato per cistoma ovarico) —. Ricorda le note diagnostiche differenziali e conclude che queste giovano solo in casi di tumori non voluminosi, non giovano in casi di tumori occupanti gran parte dell'addome.

XXIV. Dott. De Porenta (Trieste). — *Considerazioni su cento casi di placenta previa.* — I casi furono osservati nella Maternità di Trieste. Esamina particolarmente 35 casi trattati con la metreurisi e confrontando questo metodo con quello del rivolgimento alla Braxton-Hicks, fa rilevare i vantaggi della metreurisi che se dà una mortalità materna quasi uguale a quella del rivolgimento misto, migliora molto la prognosi fetale. Crede l'O. che oramai bisogna non contentarsi più dei risultati della vecchia terapia vaginale e che si debba allargare l'indicazione del taglio cesareo nella placenta previa.

XXV. Prof. Piccoli Salvatore (Napoli). — *Sul significato dei lipoidi placentari.* — Sono ricerche istochimiche sui lipoidi in placente provenienti da gravidanze gemellari nelle quali uno dei feti era premorto.

L'O. nega che il grasso placentare sia di origine degenerativa o che sia grasso di assorbimento destinato al feto. Crede invece che esso debba considerarsi come semplice espressione del metabolismo cellulare del villo, strettamente legato alla sua vitalità.

XXVI. Dott. F. Spirito (Napoli). — *Cellule a secrezione interna dell'ovaia ed osteomalacia.* — L'O. ha studiato in cinque casi di osteomalacia fuori gravidanza, appartenenti a donne castrate in periodo lontano dalla mestruazione, ed in due casi di osteomalacia in gravidanza, le ovaia per vedere se fosse fondata l'affermazione di Wallart per l'ipertrofia dell'elemento interstiziale ovarico e paragonando i reperti ottenuti a quelli di ovaia tolte a donne non malate di osteomalacia. Dall'insieme delle sue osservazioni conclude che il reperto incostante e contraddittorio è contrario alla teoria del Wallart, riguardo l'etiologia dell'osteomalacia.

XXVII. Dott. Masazza (Milano). — *La fleboclisi di soluzioni glucosate ipertoniche nella cura delle sepsi puerperali.* — Usò soluzioni di glucosio al 25-30 % nella dose di 200 cmc. in forme di endometrite settica puerperale con reperto batteriologico di cocchi (strepto- e stafilo-) e di b. coli nei lochi vaginali. Vide caduta rapida della temperatura, consecutiva regolare involuzione uterina. Vide pure risultati favorevoli in 4 casi su sei trattati di setticemia puerperale ad emocoltura positiva.

XXVIII. Prof. Baffoni-Luciani (Roma). — *Note su la infezione puerperale (Patogenesi e cura).* — Studia le varie vie d'infezione ed il contenuto batterico abituale. Passa in rassegna i varî metodi di cura ed i rimedi a volta a volta

ritenuti efficaci e si sofferma specialmente sull'uso di un nuovo rimedio proposto «il trifenil» nel quale, oltre ai derivati fenilici, entra a far parte l'acido nucleinico. Illustra la letteratura di questo nuovo rimedio e riferisce una sua casistica.

XXIX. Prof. C. MICHELI (Roma). — *L'utilità della più grande limitazione del raschiamento dell'utero nella cura dell'aborto.* — L'O. trae le sue conclusioni dall'osservazione di oltre 1500 casi di aborto curati nell'ultimo decennio nella Maternità degli ospedali di Roma da lui diretta. L'osservazione dei 1500 casi di aborto è fatta su un totale di circa 18,000 ricoverate nel decennio.

Ricorda, a proposito dell'argomento della limitazione del raschiamento nella cura dell'aborto, una sua precedente nota illustrativa. Mette in luce i vantaggi della dilatazione del canale cervicale atta all'introduzione di un dito nella cavità uterina e della esplorazione digitale endouterina contemporanea e seguente al distacco ed alla estrazione del prodotto abortivo. In contrasto con i risultati ottimi ottenuti con questa tecnica ricorda i frequenti deplorevoli risultati che si avevano prima e si hanno ancora da alcuni nella cura dell'aborto con il raschiamento uterino. Il cucchiaio tagliente apre nella parete uterina facili vie di penetrazione alla flora batterica, che non manca più spesso sul prodotto abortivo e dà luogo a sepsi endouterina, a localizzazioni frequenti parametrali ed annessiali della infezione.

Discussione.

Prof. MANGIAGALLI (Milano). — È perfettamente d'accordo con la limitazione massima del raschiamento uterino nell'aborto.

XXX. Prof. A. GUZZONI (Modena). — *Per l'insegnamento dell'ostetricia e della ginecologia.* — L'insegnamento ora annuale era biennale trenta anni or sono. Tutti riconoscono che in un anno solo non è possibile espletare l'insegnamento teorico e clinico. La Società di ostetricia e ginecologia si occupò già della questione nel 1898, nel 1911, nel 1913. Propone che la Società rinnovi quest'anno il voto per l'insegnamento biennale.

Discussione.

Prof. MANGIAGALLI (Milano). — I voti della Società nostra non furono accolti per questo perchè le Facoltà mediche si mostrarono ad essi contrarie. Non al Ministro quindi, che mai si è opposto, ma ai Presidi delle Facoltà mediche bisogna mandare questo nostro voto.

XXXI. Dott. BUZZI (Milano). — *Un culto preistorico alla fecondità presso gli Osci.* — Illustra l'O. un materiale di archeologia esistente nel museo di Capua, materiale figurativo ed architettonico attinente al culto che gli Osci davano ad una Dea protettrice di umana fecondità. Il Koch, col poco materiale a sua disposizione, ricostrusse un podio d'altare portante la Dea ed intorno al quale stavano un centinaio di statue muliebri in tufo. La Dea porta nelle mani una melagrana matura — simbolo di fecondità — ed una colomba — simbolo di fedeltà in amore — Le altre statue rappresentano madri nelle più nobili loro attitudini e portano da uno a quattordici neonati. Il culto, a quanto se ne può dedurre a tanti millennii di distanza, appare semplice e severo e rivelerebbe nei costumi degli antichi Osci una saldezza dei vincoli famigliari ed una sana aspirazione alla fecondità, quale è quella che fu sempre vanto e forza di nostra stirpe.

Altre comunicazioni annunciate al Congresso.

Dott. G. CUZZI (Roma). — *L'esame della funzione renale in gravidanza.*

Dott. G. CUZZI (Roma). — *Corioepitelioma cervicale.*

Prof. P. GAIFAMI (Roma). — *Sedimentazione delle emazie.*

Prof. L. A. OLIVA (Genova). — *Contributo clinico sui benefici effetti remoti della pubiotomia alla Gigli.*

Dott. A. MARINO (Roma). — *Sul cancro del corpo dell'utero.*

Prof. P. SFAMENI (Bologna). — *Genesi e valore diagnostico dell'espansione e tumefazione dell'areola mammaria e delle smagliature cutanee in gravidanza.*

Prof. G. VOLPE (Napoli). — *Rarissimo caso di epigastrio-omfaloschisi in un neonato.*

Prof. G. ACCONCI (Cagliari). — *Gravidanza ectopica con impianti dell'uovo sulla fimbria per occlusione dell'ostio tubarico.*

Dott. B. RAGUSA (Roma). — *La reazione di Neumann ed Hermann nelle gravide sifilitiche.*

Prof. PIRANI (Bologna). — *Tre casi di corioangioma della placenta.*

Dott. CALDERINI (Torino). — *Su di un caso di corioangioma disseminato della placenta.*

Dott. CALDERINI (Torino). — *Contributo allo studio del papilloma della vescica.*

Dott. DI BERNARDO (Spezia). — *Emorragie endoperitoneali ed ematocele non dipendenti da gravidanza extrauterina - Ulcera gommosa tubarica - Cisti follicolari ematiche ovariche.*

Prof. A. GUZZONI (Modena). — *Nell'inondazione peritoneale da gravidanza extrauterina si deve intervenire subito o no?*

Il Congresso si chiuse indicendo il XXII Congresso in Sardegna con sedute a Cagliari ed a Sassari e stabilendo per esso le relazioni seguenti:

1° tema: *Dilatazione permanente del bacino* - Relatore, prof. ROMOLO COSTA (Novara).

2° tema: *Sterilità nella donna e sua cura.* - Relatore: prof. E. ALFIERI.

Segretario: prof. C. MICHELI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA

Liberazione delle funzioni del sistema nervoso.

Compiono ormai cinquanta anni dall'epoca in cui Jackson affermava che le lesioni distruttive del sistema nervoso non provocano mai effetti positivi, ma determinano solo una condizione negativa grazie alla quale possono manifestarsi dei fenomeni positivi.

Tale legge, trascurata dapprima, sembrava essere oggi nella fisiologia e nella patologia attuale, l'espressione più esatta della patogenesi dei sintomi che la clinica e l'esperimento offrono alle ricerche dei neurologi. — M. H. Head (*Proceed. of the Royal Soc.* Rifer. in *Gazette des Hôpitaux*, n. 84 pensa che se si approfondisce il meccanismo delle perturbazioni organiche del sistema nervoso, siamo costretti ad ammettere l'esistenza di due gruppi patogenicamente differenti.

I fenomeni morbosi consistono infatti da una parte nella perdita di funzione di un centro superiore associata all'esaltazione dei centri che normalmente sono soggetti alla loro azione inibitrice, dall'altra vediamo fenomeni positivi dovuti all'assenza di controllo dei centri superiori su uno o più centri gerarchicamente subordinati.

Al primo di questi fatti si applica il nome di *disintegrazione*, al secondo di *liberazione del controllo*.

I movimenti di automatismo midollare constatati nella sezione totale del midollo da Lhermitte, Head e Riddoch, i fenomeni dolorosi che frequentemente si associano al *deficit* sensitivo delle lesioni dello strato ottico, appartengono al primo gruppo.

Queste manifestazioni secondo Head, non dimostrano uno stato di irritazione dei centri nervosi, ma la liberazione dei membri inferiori con perdita delle funzioni superiori. La liberazione del controllo appare meno una conseguenza delle lesioni distruttive del sistema nervoso del corollario dell'indebolimento fisiologico dei centri superiori. Ne è chiaro esempio il dolore viscerale: mentre una moderata irritazione rimane limitata e netta, una identica irritazione se le condizioni generali del soggetto sono alterate, può sfuggire al controllo e diffondersi in regioni lontane della zona irritata — così come si verifica negli stati febbrili, nello *shock*.

MONTELEONE.

Un segno speciale nelle crisi gastriche della tabe.

Bravoning (*Medic. Record*, 1920, pag. 728) ha constatato in tabetici, durante le crisi gastriche, l'esistenza di una zona di iperalgesia sul fianco sinistro della colonna vertebrale.

Per mettere in evidenza l'iperestesia cutanea, basta sfregare leggermente con l'estremità delle dita la regione indicata: nel momento in cui la zona sensibile viene colpita il malato avrà un sussulto o addirittura piangerà.

Questo sintoma persiste nei giorni che seguono alla crisi e può anche preludere a dolori gastrici.

MONTELEONE.

Su di un nuovo sintomo della meningite.

G. R. Lafora insiste nuovamente (*La Medicina Ibera*, n. 173, 1921) su di un sintoma da lui descrito nel 1915.

Consiste il sintoma in quistione nel fatto che un infermo di meningite cerebro spinale epidemica si graffia e lacera, fino a farla sanguinare, la narice. Generalmente tale fatto precede di vari giorni il quadro clinico tipico e continua insieme con lo stato di deambulazione dell'infermo. L'A. crede poterlo differenziare dall'identico segno dell'elimintiasi intestinale, per la sua violenza e costanza. Causa del sintoma è una irritazione e compressione del trigemino e del ganglio di Gasser donde originerebbe un formicolio parestesico della mucosa nasale e conseguentemente il graffiarsi della narice.

L'A. conviene con altri autori, che tale sintoma non è esclusivo della meningite cerebrospinale epidemica, ma di tutte le forme di meningiti.

In un recente caso il Lafora lo ha osservato unilaterale.

Si trattava di un bambino di aspeto sano, ma con precedenti tubercolari. Pochi giorni prima dell'osservazione medica, i genitori avevano notato che suppurava alquanto l'orecchio sinistro e che spesso si graffiava la narice sinistra: nuna mattina improvvisamente fu preso da convulsioni, specie sul lato destro. Fu giudicato affetto da meningite tubercolare ed inviato al Lafora. L'esame obiettivo rivelava che la fossa nasale sinistra sanguinava, deviazione della testa e degli occhi a destra: non Kernig; assenza dei riflessi rotulei; presenza dei riflessi pupillari; stipsi; cefalea; vomito; dermografismo; sonnolenza.

Suppurazione dell'orecchio e rottura del timpano.

Nei giorni seguenti fu fatta la puntura lombare; il liquido mostrava leggera linfocitosi, leggero aumento della globulina, albumina 0.7 per mille; glucosio 0.26 per mille; assenza di bacilli di Koch.

Mentre la diagnosi di laboratorio e clinica faceva volgere la mente alla meningite tubercolare, mortale, dopo poche settimane il bambino era guarito.

L'A. ritiene siasi trattato di un caso di meningite circoscritta, di origine otitita che determinò uniteralmente il sintoma descritto dal Lafora, le conclusioni e la restante sintomatologia. L'interesse del caso sta nella conferma che esso viene a dare per la teoria neuritica del sintoma detto.

MONTELEONE.

TERAPIA.

I colori di anilina.

Si sa che alcune sostanze coloranti, derivate dall'anilina, sono state preconizzate in terapia quali antisettici (Cheinisse: *La Presse medicale*, n. 81, 1921), così il bleu di metilene, la pioctanina bleu (violetto di metilene) la pioctanina gialla (auramina), il rosso scarlatto.

Mentre però dapprima gli AA. credevano ad una azione puramente meccanica delle sostanze in discorso, oggi sappiamo che il potere battericida dei colori d'anilina è funzione della struttura chimica propria a questa o quella materia colorante.

Specialmente per quel che riguarda l'oftalmologia, sono interessanti i dati, basati su dieci anni di esperienze, che ci dà il clinico Löhlein: così da essi apprendiamo che nelle malattie degli occhi sugli *pneumococchi* agiscono l'azoflavina, la crisoidina, il bleu di metilene, il rosa bengala, il giallo Vittoria;

sugli *stafilococchi*: il verde brillante, il violetto di genziana, il verde allo iodo, il verde malachite, il violetto di metilene, il violetto di metile;

sui *bacilli della xerosi*: il violetto Hofmann, il verde malachite, il violetto di metilene, il verde di metile, il violetto di metile 3 B, la safranina, il giallo Vittoria;

sul *diplobacillo Morax-Axenfeld*: il verde brillante, il violetto di genziana, di Hofmann, di metilene, il verde malachite, la safranina, il bleu di toluidina;

sugli streptococchi: il verde brillante, malachite, il giallo Vittoria;

sui *gonococchi*: il verde brillante, allo jodo, malachite, di metilene, acido, la crisanilina, il violetto Hoffmann, di metilene, di metile 3 B., la safranina, il bleu di metilene.

Da ciò risulta che oltre ai coloranti basici, come finora solo ammettevasi, un potere battericida spetta anche ai coloranti acidi.

Nei casi ribelli, Löhlein usa un miscuglio di materie coloranti di solito efficaci contro il microbo in causa. Tali miscugli hanno dato buoni risultati nei processi infettivi localizzati alle palpebre ed alla congiuntiva.

Ma non è solo in oftalmologia che le sostanze coloranti hanno reso buoni servigi: l'A. ha infatti con successo usata la pioctanina bleu nell'angina di Vincent; Queyrat ha usato il miscuglio di Pick e Jacobson (fucsina di Ziehl e bleu di metilene) nell'ulcera molle ottenendo rapide cicatrizzazioni; Wohlgemuth ha usato con successo il violetto di metilene e la fucsina in un caso di osteomielite tifica.

Questi fatti bastano per far comprendere quanto varie possano essere le applicazioni terapeutiche delle sostanze coloranti.

MONTELEONE.

Il liquido di Ziehl nelle dermiti infettive.

E. Romanelli (*Folia medica*, 1921, n. 13-14) tratta col liquido di Ziehl l'impetigo contagiosa dei bambini, facendo applicazioni ogni due giorni e alternando con pomata al xeroformio; la guarigione si ottiene rapidamente.

N. Fiessinger (*Journ. d. praticiens*, 1921, n. 43) ha trattato con successo dei casi di vajuolo confluente e di varicella: per evitare la colorazione data dalla fucsina sostituisce questa con l'eosina (25 cg. in 25 cmc. di acido fenico al 5 %) nella varicella si spennellano i singoli elementi una sola volta man mano si sviluppano; il prurito cessa, si ha il rapido disseccamento, non si produce cicatrice.

fil.

Le alte dosi di siero antidifterico.

V. Bie (*Ugeskrift f. Laeger* e *Journ. Am. med. Assoc.*, 1° ott. 1921) ha adottato da qualche anno il sistema di iniettare 80.000-100.000 unità nei casi più gravi, con un totale di 160.000 nelle prime 24-36 ore nei bambini sotto i 10 anni, e di 220.000 per i più grandi; 20 cmc. della prima dose sono somministrati per via endovenosa, il resto per via endomuscolare. Nei casi più leggeri la prima dose è di 4.000-40.000 unità.

Da quando ha introdotto tale sistema, l'A. ha veduto ridursi la mortalità nei casi più gravi dal 52 % al 22 %, e non ha più avuto morti per paralisi respiratoria, mentre nei casi meno gravi si è avuto un decorso affatto benigno.

Dal 1896 la proporzione dei casi gravi si è raddoppiata, ma la mortalità totale è diminuita da 2.6 % in 896 casi a 0.7 % in 1.341 casi nel 1917. *fil.*

L'arsenico ad alta dose nelle affezioni polmonari.

F. Nidergang (*Presse médicale*, 1921, n. 78) usa a tale scopo il cacodilato di sodio al cinquanta per cento in acqua distillata, aggiungendovi talora nei soggetti depressi il glicerofosfato di sodio a 20 %: sterilizza in autoclave il flacone a tappo largo smerigliato; pratica iniezioni (endovenose, non endomuscolari, che sarebbero dolorose) bisettimanali incominciando con un cmc. e crescendo ogni volta di un cmc. fino ad un totale di 10-12 iniezioni. L'uso di tale medicazione è indicato nelle affezioni polmonari dispneizzanti, particolarmente nell'enfisema polmonare con o senza bronchite, nelle dispnee asmatiformi vere e probabilmente nella bronchite fetida e nella gangrena polmonare. Nessun risultato si ottiene nella tubercolosi polmonare confermata. *fil.*

Edema dei genitali da antipirina.

Le eruzioni da antipirina non sono comuni, ma sono svariate: morbilliformi, scarlattiniformi, a tipo di orticaria, porpora, eritema nodoso: quando sono in forma di vescicole erpetiche, sulle mucose, possono simulare la sifilide erosiva. L'eruzione più tipica consta di numerose placche rossiccie, del diametro fino ad 8 centim. con una certa pigmentazione. Ehrmann cita anche dodici casi di edema ai genitali in uomini.

H. Boas (*Ugeskrift for Laeger* e *Medical Review*, settembre 1921), ha osservato una ragazza di 19 anni, ammessa all'ospedale con eruzione sifilitica papulo-squamosa tipica; per la cefalea, di cui soffriva, le erano state somministrate cartine con 30 cg. di fenacetina e 30 di antipirina, 3 volte al giorno: dopo averne prese dieci la cefalea scomparve, ma tre giorni più tardi, la ragazza notò un certo gonfiore ai genitali, e poi ai piedi. All'esame si riscontrò il piccolo labbro di sinistra grosso quanto un uovo di gallina, un po' meno lo era il destro; edematoso era altresì il prepuzio della clitoride; edemi si osservavano al volto, ai piedi ed alle gambe. La ragazza avvertiva malessere ed aveva temperatura di circa 38°; non aveva mai avuto edemi nè presa antipirina prima d'allora. L'edema scomparve gradatamente in otto giorni, da ultimo quello delle piccole labbra. Come riprova, venne somministrata una certa quantità di antipirina: dopo 4 giorni comparvero gli edemi, dopo i quali venne sospeso il rimedio. Le eruzioni da antipirina compaiono di solito quasi subito dopo la prima dose, persistono fino a quando si sospende il rimedio e cessano sospendendo questo; talvolta, invece, come nel caso attuale, vi è un intervallo fra la prima dose e la comparsa dell'eruzione, la quale può poi persistere abbastanza a lungo. *fil.*

La somministrazione dell'adrenalina per le vie digerenti.

L'ingestione o l'introduzione nel retto di adrenalina, anche a forti dosi, non ha azione costante sulla pressione arteriosa: talvolta si osserva leggera ascesa della tensione massima ed aumento dell'indice oscillometrico, senza modificazione della tensione diastolica; altre volte, invece, si osserva ipotensione. Il massimo dell'azione si osserva entro 15-30 minuti, mentre in un'ora-un'ora e mezza scompare ogni modificazione della pressione arteriosa.

Lesné però osserva (*Soc. méd. d. Hôpitaux*, anno 36, n. 21) che questi rilievi incostanti ed anche paradossali non sono sufficienti per giudicare l'azione dell'adrenalina, la quale, anche somministrata per bocca, esercita un'azione manifesta sui segni di insufficienza surrenale acuta o cronica. È un fatto che la tossicità dell'adrenalina scompare se questa viene ingerita mentre rimane quando la si dà per via rettale; ciò va attribuito al fatto che questa sostanza viene neutralizzata dal fegato. La via rettale sarebbe da preferirsi alla boccale, permettendo di ottenere con dosi più deboli un'azione più rapida e più efficace. *fil.*

Formole difettose.

Fra le diverse formole per ricette che sono sbagliate per incompatibilità fra i diversi medicamenti uniti, sono da ricordarsi le seguenti (*Journal d. Praticiens*, 1921, n. 38): La miscela di clorato di potassio con carbone o polvere di china (polvere dentifricia) che può detonare nella preparazione, oppure per urto o per elevazione di temperatura; anche pericolosa può essere l'unione di permanganato di potassio con alcool e glicerina: il permanganato non deve mai essere associato con sostanze organiche. Detonante può essere la miscela di tintura di jodio con essenza di trementina, o con ammoniaca; non si devono fare spennellature di trementina in una regione già spennellata con tintura di jodio, si arrischierebbe di vedere prodursi intense bruciature.

Talora i medicamenti si trasformano e perdono la loro efficacia: così mescolando adrena-

lina (1 mg.) con percloruro di ferro (g. 10) si ha un'ossidazione dell'adrenalina (colorazione verde o violacea) che perde le sue proprietà. L'associazione di fosfato o glicerofosfato di sodio, o cacodilato di sodio (ana g. 1) con solfato di stricnina (cg. 1) in acqua distillata (g. 10) dà, durante la sterilizzazione, un precipitato di stricnina; è preferibile in tal caso preparare la soluzione di stricnina a parte da quella del fosfato e cacodilato e mescolarle al momento dell'iniezione. Un precipitato di stricnina si ha pure mescolando il solfato di stricnina (cg. 5) con il liquore del Fowler (g. 12); ciò accade per opera del carbonato di potassio, contenuto in quest'ultimo. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1152) *Sulla coltura della spirochete pallida.* — All'abb. n. 10710:

I mezzi culturali adoperati per lo sviluppo della spirocheta pallida, e che dànno buoni risultati, sono parecchi. Ricordiamo *il terreno di Noguchi*, che è quello che si adopera con maggiore frequenza.

Si prepara un terreno liquido consistente di 1 parte di siero (di coniglio, di cavallo, di pecora) e di 3 parti di acqua distillata, il quale si distribuisce nella quantita di 16 cmc. in provette alte 20 cmc. e larghe cmc. 1.5. Si fa la sterilizzazione frazionata a 100° (15' per volta) per tre giorni consecutivi.

Ad ogni tubo si aggiunge un pezzettino di rene di coniglio raccolto asetticamente. Poi si mettono i tubi in stufa a 37° per qualche giorno e si utilizzano quelli che rimangono sterili, approfondendo nel terreno un piccolo frammento di tessuto infettivo.

Le culture si tengono a tempî costante a 35-37° C, in condizioni di anacropiosi; si ricoprono quindi con olio di vasellina e si tengono in campane ermeticamente chiuse al cui fondo si trova una soluzione acquosa di acido pirogallico sulla quale mediante adatto dispositivo si lascia cadere goccia a goccia una soluzione concentrata di potassa caustica, dopo che l'aria della campana è stata sostituita con idrogeno.

Sarebbe troppo lungo riportare altri procedimenti che pure dànno buoni risultati. Una accurata loro descrizione si trova sul Trattato pratico di Parassitologie del Lustig (V. 2°, p. 670). *g. s.*

(1153) *Il vaccino antitubercolare Calmette.* — Al dott. A. A. da Perugia, abb. n. 10.434:

Il vaccino Calmette è allestito con un bacillo tubercolare che l'A. ha coltivato per molti anni in mezzi nutritivi contenenti bile e che è divenuto del tutto avirulento. Il Calmette organizza ora un'esperimento in grande sui cimpanzè africani: se gli animali immunizzati, importati in Europa, resisteranno sensibilmente più dei controlli alla tubercolizzazione (cui le scimmie antropomorfe vanno quasi fatalmente soggette in un ambiente civile), l'efficacia profilattica del rimedio risulterà dimostrata e si potrà poi procedere alla vaccinoprofilassi umana.

Il vaccino Colmette rientra in un gruppo di vaccini atossici o avirulenti di cui si hanno già vari esempi, dal bacillo alfa di Farran al bacillo acido-resistente delle tartarughe di Friedmann. R. B.

(1154) *Il metodo Beck per la cura delle fistole.* — All'abb. n. 8819:

Dato l'interesse dell'argomento, esso farà oggetto di una rivista che verrà pubblicata nel prossimo numero.

L. D.

(1155) Al dott. M. A. da S. R. (Genova):

Può utilmente consultare CALLIANO C. *Manuale dei Soccorsi d'urgenza*, di cui si è pubblicato da non molto una nuova edizione (Hoepli editore Milano). Come manuale teorico-pratico per l'infermiere sarebbe consigliabile quelo del Quarta, ora esaurito, di cui si sta preparando la ristampa. *fil.*

(1156) Al dott. T. G. da Terlizzi:

Per il libretto sanitario, consulti il manualetto *Per la Scuola nuova* edito dalla Federazione italiana delle Biblioteche popolari (Tipografia Mondadori). Vi troverà molte nozioni che le possono interessare, moduli e schemi di libretto sanitario. Il volumetto avrebbe dovuto essere inviato a tutti gli ufficiali sanitari, ispettori scolastici, maestri, ma la distribuzione deve essere stata assai limitata. Per averlo si rivolga all'Associazione italiana per l'igiene delle Scuole scrivendo al dott. A. Albertini, V. Carroccio 6, Milano. *fil.*

(1157) All'abb. n. 1910:

Suggeriamo: I. Simon, *Elementi di Farmacognosia.* Milano, Società Editrice Libraria, 1912. R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Il Convegno di Trieste per l'assicurazione contro le malattie.

Abbiamo già dato una notizia preliminare, nel fasc. 48, di questo importante convegno indetto dalla Confederazione generale del Lavoro ed al quale erano rappresentate le principali organizzazioni sanitarie professionali.

Diamo ora un breve resoconto dei lavori.

I. TEMA. *L'assicurazione obbligatoria contro le malattie in ordine alla sua organizzazione amministrativa ed al suo coordinamento con le assicurazioni in atto. Necessità di istituire una uniforme legislazione sulle assicurazioni in tutte le province d'Italia.* Relatore: avv. G. Puecher, direttore della Cassa distrettuale per gli ammalati di Trieste.

L'O. rileva la strana situazione che presenta ora l'Italia con la sua diversa legislazione in materia di assicurazioni tra il vecchio Regno e le nuove sue provincie in cui vige dal 1888 l'assicurazione contro le malattie. Ne deduce l'impellente necessità di estendere tale assicurazione a tutte le vecchie provincie.

Si deve stabilire: *chi* deve essere assicurato e *che cosa* si deve assicurare, studiare i *mezzi finanziari* adatti e giungere infine al fulcro del problema: l'organizzazione; cioè come le assicurazioni debbono essere applicate.

In linea di massima le vedute sociali moderne impongono l'assicurazione tanto per gli operai quanto per gli impiegati. Riguardo agli operai, non vi dovrebbe essere eccezione alcuna: l'obbligo va esteso a tutti indistintamente gli operai dell'industria, dei trasporti, dell'agricoltura, dell'economia domestica, ecc. L'estensione agli operai dell'agricoltura è doverosa. In Austria non esiste ancora, ma ora è da augurare che la sua applicazione non tardi. E non v'è ragione di eludere i piccoli fittabili e i mezzadri.

Quanto agli impiegati, sono anch'essi dei lavoratori. Si potrà discutere su un limite di stipendio da fissarsi, oltre il quale cesserebbe l'*obbligatorietà* per subentrarvi eventualmente la *facoltà*; ma è indubbio che devono essere assicurati. Ciò si dica siano essi privati o statali o dei Comuni o delle Provincie (salvo che non fruiscano già di provvidenze equivalenti).

Il *sussidio* deve evidentemente consistere in una indennità giornaliera in danaro all'assicurato ammalato. In genere l'entità del sussidio varia, a seconda dei luoghi, dal 50 all'80 per cento della paga. Alcuni vanno oltre e chiedono che il sussidio sia eguale alla paga giornaliera. Il concetto animatore della proposta s'inspira al fatto che l'individuo ammalato, avendo maggiori bisogni del sano, non dovrebbe perdere nulla; ma il sistema sarebbe pericoloso, per i non difficili abusi: i tempi non sono ancora maturi per l'attuazione pratica di simili concezioni mutualistiche. A maggior ragione non può accedere all'idea di chi sostiene che il sussidio dovrebbe essere superiore al salario ed arrivare al 120 per cento. Poichè non è possibile generalizzare ed applicare alle varie regioni d'Italia, un concetto unico, sarà opportuno fissare un minimo del sussidio che debba in ogni parte essere rispettato (50-60 per cento del salario) lasciando libertà di aumentare tale percentuale alle varie Casse. Un punto che non va trascurato, riguarda l'eventuale aumento del sussidio nella malattia di lunga durata, in cui maggiormente si fanno sentire le conseguenze economiche sull'assicurato e la sua famiglia.

Sulla durata del sussidio ritiene che non dovrebbe essere inferiore a 52 settimane. Riguardo alla carenza, è personalmente favorevole ad una breve carenza assoluta (due-tre giorni).

Oltre al sussidio vero di malattia, l'assicurazione deve contemplare speciali qualità di sussidio: di gravidanza per le ultime settimane (quattro in genere), di puerperio e di allattamento, funerario.

L'*assistenza sanitaria* deve essere completa: medici, medicine, cure ospedaliere, ecc. Rileva la importanza sociale delle assicurazioni, le quali consentono di offrire per la salute delle classi medie e lavoratrici mezzi potenti diagnostici e curativi, cui altrimenti non potrebbero aspirare. I congressisti che vorranno visitare gli ambulatori generici e di specialità e gli ospedali della Cassa distrettuale di Trieste, non potranno che constatare la verità della sua affermazione.

L'assistenza medica deve comprendere le cure domiciliari, le cure ambulatorie e le cure presso gli Istituti. In merito agli Istituti occorre procedere con cautela: bisogna prima consolidare la loro potenzialità economica per non correre il rischio di travolgere la Cassa. In primo tempo occorre usufruire degli ospedali e degli istituti speciali esistenti in sito. Agli ospedali ed agli istituti proprii si ricorrerà in seguito: essi sono però una necessità anche per un migliore e più facile controllo.

L'assistenza medica deve comprendere anche l'azione profilattica ed igienica.

Anche nel campo dell'assistenza sanitaria si affaccia il problema se essa debba essere eguale per tutta Italia. Ritiene che sia qui opportuno fissare un minimo. Un punto che indubbiamente va sancito è che l'assistenza debba essere estesa alla famiglia dell'assicurato. Sarà solo questione di discutere e di intendersi sulla definizione della qualità di membro della famiglia a carico dell'assicurato.

Senza l'azione concorde della classe medica non è possibile sperare nel buon esito delle assicurazioni; ma di questa azione concorde non dubita.

Riguardo ai *mezzi finanziari,* ritiene equa questa ripartizione del contributo: due terzi a carico dell'operaio, un terzo a carico del datore di

lavoro. In tal modo si assicura legalmente il diritto alla preponderanza numerica di pari entità della rappresentanza operaia nei Consigli d'amministrazione delle Casse. La percentuale del contributo deve essere eguale per tutti con un aggravio (a carico del datore di lavoro) per le industrie anti-igieniche o tenute in modo non igienico.

Non nasconde la sua opposizione al contributo statale ed al contributo comunale. Le Casse, a parer suo, possono farne benissimo a meno, e si evita l'ingerenza dello Stato e dei Comuni nell'amministrazione delle Casse.

In merito all'*organizzazione,* il concetto di una azienda statale deve essere del tutto scartato; così pure la libertà assoluta agli assicurati di foggiarsi a proprio criterio la loro organizzazione; v'è invece una soluzione intermedia raccomandabile: la forma autonoma: lo Stato determina lo schema generale e lascia libertà di estrinsecazione alle Casse. Si richiede un funzionamento svelto e quindi non deve essere accolto il principio di un organismo centrale ed accentratore che sarebbe mastodontico e poco fattivo. Occorrono invece tante *Casse territoriali,* foggiate su di uno schema generale stabilito dallo Stato. Esse non devono essere nè troppo piccole nè troppo grandi: avere all'incirca per nucleo la provincia. Ma è importante che siano riunite in una Federazione regionale e collegate in una Confederazione nazionale. Questa struttura è indispensabile per mantenere il dovuto contatto tra le Casse, per eventuali sussidi o riassicurazioni di rischi. La sorveglianza statale va contenuta in dovuti limiti, senza intralci quindi a quella libertà di iniziative che deve essere consentita alle Casse.

Pluralità di Casse in uno stesso territorio significherebbe dispersione di forze; le Casse professionali, come tutte le Società di M. S., non devono temere di scomparire: potranno sussistere anzitutto sotto la forma assicurativa libera, ma più che altro perchè vi sarà tanto da fare nel campo dell'assicurazione-malattie che pure esse troveranno modo di concorrere brillantemente alla funzionalità dell'istituzione.

Date le diverse condizioni dei lavoratori della terra, non sarebbe però alieno dall'ammettere che avessero una Cassa territoriale propria, indipendente da quella degli altri assicurati.

Illustra la necessità della coordinazione delle attuali leggi di previdenza (infortuni, invalidità) colla futura legge sulla assicurazione-malattie.

II. TEMA. *L'assicurazione obbligatoria contro le malattie, i Comuni ed i servizi di profilassi igienica e di assistenza degli ammalati a domicilio.* Relatori: on. dott. Giulio Casalini e on. dott. Francesco Zanardi.

In assenza dell'on. Zanardi, riferisce soltanto l'on. Casalini, il quale rileva che la previdenza libera e quella sussidiata o integrata non hanno probabilità di risolvere il problema dell'assicurazione. L'esperienza ha dimostrato la superiorità dell'obbligatorietà. Dev'essere compito delle assicurazioni di curare e concedere l'assistenza sanitaria, oltre che i sussidi di malattia.

Teme che i medici siano tepidi amici delle assicurazioni; ma sostiene che a torto essi si preoccupano, poichè l'assicurazione non potrà costituire in nessun caso un danno per essi. Tratta poi la questione interessante più direttamente i medici, delle *modalità del compenso*: afferma che il pagamento a notula condurrebbe a rovina le Casse-malattie ed esprime la sua simpatia per il pagamento capitario, che potrebbe consentire anche la libera scelta del medico; ma ammette la necessità di un altro convegno tra rappresentanze dei lavoratori e dei sanitari, appositamente destinato allo studio ed alla soluzione dell'importante problema, prima che alla Camera la questione sia comunque compromessa, e prende impegno di promuoverlo. Quanto alle farmacie, vorrebbe che diventassero parte integrale del servizio assicurativo.

Non chiederebbe nessun contributo ai Comuni, i quali potrebbero destinare le somme attualmente stanziate per servizi sanitari, ad altri scopi profilattici, come il risanamento delle abitazioni.

III. TEMA. *L'assicurazione obbligatoria contro le malattie, le opere pie spedaliere ed elemosiniere, i sanatori, le stazioni climatiche,* ecc. Relatori: dott. Minguzzi e dott. Arzuffi.

Il dott. Minguzzi dimostra le condizioni gravissime in cui si trovano attualmente gli Ospedali, per concludere in favore di una soluzione, sia pure semplicista, del problema, assicurativo, che risolvesse soltanto la questione ospedaliera. Tendenzialmente, l'assicurazione dovrebbe assumere la gestione degli Ospedali; ma conviene che in primo tempo essa abbia solo rapporti contrattuali con le amministrazioni ospedaliere.

Con la traslazione graduale dei patrimoni e dei redditi delle Opere Pie, si compirà la trasformazione di queste, man mano che le assicurazioni prenderanno forma e consistenza.

Il dott. Arzuffi, preconizza l'abolizione delle condotte mediche, perchè ormai sorpassate.

***

In un convegno preliminare dei sanitari, era stato delegato al prof. Silvagni l'incarico di sostenere essenzialmente quattro punti: rappresentanza della classe medica in seno ai Comitati delle Casse malattie, assorbimento del servizio sanitario ai poveri, libera scelta del medico da parte dell'assistito, pagamento a notula; ma dopo la relazione dell'avv. Puecher, si decise di non intervenire nel dibattito.

Il prof. Silvagni prese però la parola in difesa della classe medica, accusata dal Casalini di essere contraria allo spirito informatore della legge che si invoca, ed in difesa degli interessi dei medici. Prese atto della formale promessa fatta dall'on. Casalini, assicurando che su di essa avrebbe richiamato l'attenzione dell'imminente Congresso degli Ordini dei Medici. Espresse il parere che i medici non debbano rinunziare al pagamento a visita. Stimò vantaggioso il concorso dello Stato e dei Comuni.

Il dott. Devescovi, presidente della Cassa ammalati di Pola, sostenne che le assicurazioni non debbano dare solo i sussidi di malattia, ma anche una efficace, pronta e coscienziosa cura medica.

Il dott. Martinelli insistette sul rispetto dei diritti acquisiti dai medici condotti.

Il prof. Pisenti, contrariamente alle idee del Puecher, si dichiarò favorevole al contributo statale e comunale, senza però concedere nè allo Stato, nè al Comune ingerenze nell'Amministrazione. Sostenne che l'assicurazione infortuni debba rimanere staccata da quella malattie, come in altri Paesi.

L'on. D'Aragona volle dimostrare la necessità della preponderanza che i lavoratori devono assumere nelle Amministrazioni delle Casse territoriali; dovrebbe essere spinta sino ad avere i quattro quinti dei membri, consentendo così la rappresentanza delle minoranze, e riserbando ai datori di lavoro un quinto dei membri. Non accennò alla rappresentanza della classe medica.

Parlarono ancora l'on. Flor, il comm. Paretti, il prof. Inwinji, l'avv. Scaletta e molti altri.

Venne da ultimo concretato e approvato un lungo ordine del giorno, che riassume le relazioni e le discussioni.

Sull'ordine del giorno il dott. Martinelli, in assenza del prof. Silvagni che aveva dovuto allontanarsi, dichiarò che la mancanza di un cenno a quanto riguarda il servizio sanitario veniva dai rappresentanti della classe medica interpretato come una conferma della promessa formale dell'on. Casalini di apposito convegno.

Le assicurazioni sociali in Francia - Confronti.

Il Governo Francese ha presentato or è qualche tempo agli Uffici della Camera un progetto di legge che istituisce una vasta assicurazione sociale destinata a coprire insieme i rischi di malattia, d'invalidità, di vecchiaia e di morte ed a prestare assistenza alla maternità ed all'infanzia.

Questo progetto, del quale ci siamo già occupati (nel fasc. 39), coordina varie previdenze assicurative sociali: cioè realizza la così detta *assicurazione globale* di cui in Italia è da tempo apostolo fervente e convinto l'Abbiate. Ne resta esclusa però l'assicurazione infortuni sul lavoro.

Il progetto della Commissione ministeriale italiana si informa alle stesse direttive, auspice l'Abbiate; esso anzi è ancora più vasto ed organico, poichè congloba anche gl'infortuni sul lavoro (lasciando però sempre a carico degl'imprenditori l'onere relativo); al tempo stesso assorbe l'assicurazione maternità e l'assicurazione invalidità e vecchiaia.

L'estensione dell'assicurazione — cioè il grado d'*universalità* — è molto minore nel progetto francese anzi che nel progetto italiano. Quest'ultimo sanziona l'obbligatorietà per tutti i salariati, qualunque sia il loro guadagno, e per tutti gli «economicamente deboli», qualunque siano le loro occupazioni; esclude dall'obbligo dell'assicurazione solo i più indigenti, nonchè gl'impiegati, professionisti, artigiani, proprietari, ecc. il cui introito superi un limite massimo. Invece il progetto francese restringe l'obbligatorietà ai soli salariati (dell'industria, del commercio e dell'agricoltura, compresi i mezzadri) legati da un contratto di lavoro e la cui remunerazione od introito non superi un limite massimo (10,000 franchi l'anno).

In altri termini, il progetto francese provvede alle sole classi addette a lavori manuali e solo in parte, mentre quello italiano ha un carattere molto più largamente sociale.

Anche nei riguardi dell'assicurazione facoltativa il progetto francese è meno liberale: consente l'assicurazione solo ai piccoli proprietari, artigiani, fittavoli e coltivatori, salariati o no, il cui introito non superi lo stesso limite sopra indicato; invece il progetto italiano non pone restrizioni o limitazioni di sorta.

Nel progetto francese l'*assistenza sanitaria* di cui fruiscono gli assicurati, viene estesa al coniuge ed ai figli di età inferiore ai 16 anni. Il progetto italiano è più prodigo, poichè la estende a tutta la famiglia, largamente intesa, per es. agli ascendenti ed ai collaterali fino al secondo grado se a carico dell'assicurato per il loro mantenimento e perfino agli estranei conviventi, se a carico.

Nel progetto francese la quota che l'assicurato paga è indipendente dallo stato civile; essa conferisce, senz'altro, il diritto dell'assistenza sanitaria gratuita al coniuge ed ai figli. È questo uno dei molti espedienti che troviamo nella legislazione francese, diretti a promuovere la costituzione di famiglie numerose per fronteggiare l'impoverimento demografico della nazione. In Italia, invece, non si è sentito lo stesso bisogno; perciò viene posto a carico dell'assicurato un piccolo contributo per ogni componente della sua famiglia a titolo di concorso nelle spese di assistenza sanitaria.

Per lo stesso motivo poc'anzi accennato, il progetto francese fissa un premio per ogni nascita, mentre questa provvidenza manca nel progetto italiano.

In tutti e due i progetti la gravidanza viene assimilata alle malattie nei riguardi delle sovvenzioni e vengono istituiti aiuti per l'allevamento dei bambini.

Quanto alla *retribuzione dei medici,* il progetto francese stabilisce dei «contratti collettivi» tra le Casse d'assicurazione e le corporazioni professionali mediche (sindacati, associazioni), le quali provvedono, poi, al pagamento a visite dei singoli sanitari, applicando la «riduzione proporzionale» qualora il numero delle visite risulti eccessivo, così da non superare mai la somma assegnata ad ogni corporazione (è il metodo che i tedeschi chiamano della «Pauschale»). Inoltre i pazienti concorrono nella spesa per il medico, mediante i cosidetti «scontrini moderatori», destinati a moderare le richieste delle visite e lo zelo dei medici. Per interventi speciali (operazioni chirurgiche ed analisi) è stabilito il compenso delle singole prestazioni, senza restrizioni.

Il progetto italiano stabilisce invece *tout court* il pagamento delle prestazioni in base a tariffe concordate con gli Ordini. Noi ci siamo sforzati di dimostrare l'inattuabilità di questa forma semplicista di compenso, che, secondo noi, costituisce un punto debole del progetto.

Tanto il progetto francese quanto quello italiano consentono agli assicurati la libera scelta del medico e del farmacista: è questa una condizione che non dovrebbe più formare oggetto di discussioni.

In Francia l'assicurazione verrebbe esercitata da *Casse regionali*, che abbraccerebbero varie province: se ne conterebbero una ventina o poco più in tutto il territorio. Invece in Italia si è creduto conveniente di valersi della ripartizione amministrativa vigente per province (non però in modo rigido, essendosi previsti anche degli Istituti interprovinciali, che riuniscano due o più province di scarsa estensione o di scarsa densità demografica). Dato il cumulo di funzioni e la mole di lacoro che graverebbe su di ogni Istituto, ci sembra molto pratico limitarne la portata, come fa il progetto italiano.

Tutt'e due i progetti lasciano sussistere, condizionatamente, le società mutue.

Quanto al *finanziamento*, nel progetto francese l'assicurazione verrebbe alimentata: 1) da quote dei lavoratori (che sono ripartiti in sei categorie, come nel progetto italiano), nella ragione del 5 % del salario medio annuale (per ogni categoria; 2) dai datori di lavoro, nella stessa misura; 3) da sovvenzioni statali; è prevalso dunque il principio del triplice contributo. In Italia si vorrebbe anche il concorso dei Comuni e delle istituzioni di pubblica beneficenza.

Nel progetto francese le quote sarebbero versate per intero dai datori di lavoro, che poi si rivarrebbero della parte dovuta dal loro personale, prelevandola sui salari. Questo sistema sopprime quasi negli assicurati la nozione del mutualismo, annienta la coscienza di contribuire ad alimentare le assicurazioni: si tratta di un momento psicologico che si rifiette in senso sfavorevole su tutto il funzionamento e sui risultati pratici delle assicurazioni.

In Italia si è pure adottato lo stesso criterio per gli assicurati ricevitori di lavoro; ma naturalmente gli artigiani indipendenti, i professionisti, i piccoli proprietari, ecc., provvederebbero direttamente. (Nel progetto francese sono esclusi dall'obbligatorietà).

Il progetto di legge francese, semplice nei principii generali, non lo sarà forse altrettanto nelle applicazioni. I medici sono tra i più interessati a discuterlo seriamente ed hanno già aperto vigorosamente il fuoco. Il parallelo — sia pure molto incopleto — che noi abbiamo tentato d'istituire col progetto italiano, dimostra come, nelle linee fondamentali, si accostino non poco l'uno all'altro: quindi le discussioni che verranno svolgendosi potranno interessare davvicino anche noi.

L. V.

———

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Assistenza e cura dei congedati malarici durante la campagna invernale.

Il Sottosegretariato per l'assistenza militare e le pensioni di guerra ha stabilito che, a datare dal 31 dicembre, rimangano soppresse le funzioni del coadiutore ed il relativo servizio ispettivo nelle seguenti provincie: Arezzo, Como, Forlì, Genova, Livorno, Lucca, Massa Carrara, Pesaro, Piacenza, Porto Maurizio, Reggio Emilia, Siena, Torino; e che nelle seguenti altre provincie, ove durante il 2° semestre 1921 non fu ritenuta necessaria la nomina del coadiutore, rimanga soppresso il servizio ispettivo: Alessandria, Aquila, Belluno, Bergamo, Brescia, Cuneo, Grosseto, Mantova, Potenza, Ravenna, Reggio Calabria, Sondrio, Teramo.

In tutte le altre provincie, il servizio ispettivo, a datare dal 31 dicembre 1921, dovrà limitarsi in modo che la relativa spesa, per l'intero primo semestre 1922, venga ridotta alla metà della somma già assegnata per il 2° semestre 1921.

Rimangono immutate tutte le provvidenze in favore dei congedati malarici, stabilite con le precedenti disposizioni, nei riguardi delle cure ambulatorie ed ospitaliere.

Nessuna innovazione è parimenti apportata nelle disposizioni che regolano le spese per la somministrazione di medicinali ai Comuni.

L'erogazione di sussidi sarà continuata fino ad esaurimento delle somme avute in anticipazione a tale titolo. Qualora i Comitati provinciali antimalarici ritengano di dover erogare ulteriori sussidi, ne rappresenteranno la necessità al Sottosegretariato.

Non oltre il 15 gennaio, i Comitati trasmetteranno al Sottosegretariato i seguenti dati e documenti: 1) Consistenza di medicinali residuati al 31 dicembre; 2) Censimento dei congedati malarici al 31 dicembre; 3) Statistiche dei risultati delle cure; 4) Proposte di premi pecuniari ai Sanitari per l'anno solare 1921; 5) Rendiconti delle anticipazioni effettuate a titolo di spese generali per il funzionamento dei Comitati.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Elenco dei Sanitari ai quali è stato concesso un premio a titolo di compenso per l'assistenza prestata ai congedati malarici durante il secondo semestre 1920:

Provincia di *Torino*: Dottori: Testera Edoardo, Torino, L. 250 — Einaudi Costanzo, Torino, L. 250 — Ufficiali Sanitari: Scaramuzza Giacomo, Carmagnola, L. 150 — Rodolfo G. B., Carignano, lire 150 — Mossa Andrea, Moncalieri, L. 100 — Ni-

cola G. B., Villafranca, L. 100 — Busso Giuseppe, Villafranca, L. 100 — Maresca Luigi, Pinerolo, lire 150 — Perino Rolando Luigi, Rivarolo Canavese, L. 100 — Gaiottino Bartolomeo, Lanzo Torinese. L. 100 — Canaperia Giovanni, Corio, L. 100 — Troma Annibale, Venaria Reale, L. 100.

Provincia di *Milano*: Dott. Catucci Dino, Sedriano, L. 100.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9162) *Condotta residenziale.* — Dott. C. M. da G. — I medici in servizio non possono opporsi a che la propria condotta sia trasformata in residenziale, giacchè tale trasformazione è imposta dalla legge.

(9163) *Tassa esercizii e rivendite.* — Dott. A. S. da S. — I medici condotti sono, come tali, esclusi dall'obbligo di pagare la tassa esercizii e rivendite. Sono, però, tenuti a tale pagamento come liberi esercenti ed in proporzione del ricavato dalle loro prestazioni professionali.

(9164) *Caro-viveri - Pensione.* — Dott. S. P. da S. M. — Il caro-viveri concesso in base al D. L. del 9 marzo 1919, n. 338, non può essere, sotto qualsiasi motivo, sospeso dal Prefetto, Esso decorre dal 1° gennaio 1919 e non dal 1° gennaio 1920. Non vi è legge o Regolamento, che faccia obbligo ai Comuni di applicare il 2° caro-viveri, quantunque esso sia stato, in modo speciale e quasi categorico, consigliato dal Ministero, in attesa di apposita legge. Per liquidare la pensione, occorrono 24 anni e sei mesi di servizio. A Lei ne mancano ancora 5. L'anno di ospedale si può riscattare, se prestato prima della adesione alla Cassa di previdenza.

(9165) *Vigile sanitario - Iniezioni ipodermiche.* — Dott. E. R. da C. — Per essere nominato vigile sanitario occorre far la domanda al Sindaco del Comune, mostrando aver pratica e conoscenza delle principali norme igieniche. Neanche nelle circostanze esposte, si può incaricare un individuo sprovvisto di titoli a praticare le iniezioni ipodermiche, che, per quanto lievi, sono sempre operazioni di chirurgia.

(9166) *Medico ospedaliero - Stabilità.* — Dott. S. G. da V. — I medici ospedalieri non sono nominati in base a concorso e non acquistano mai la stabilità di diritto. Potrebbe, tutto al più, esserle conferita una lunga riconferma ed anche la nomina a vita, sempre che non ostino apposite speciali disposizioni dello statuto. Nella nomina si stabilisce lo stipendio.

(9167) *Ufficiale sanitario.* — Dott. C. C. da G. — Per legge, trovandosi nel Comune un libero esercente, ad esso deve essere affidata la funzione dell'ufficiale sanitario. Ove non esiste libero esercente tali funzioni, si affidano al medico condotto, in virtù dell'articolo 14 della legge sanitaria.

(9168) *Indennità caro-viveri.* — Dott. V. C. da S. G. — Entrambi i figli da Lei indicati han perduto l'indennità caro-viveri, perchè maggiorenni.

(9169) *Medico condotto - Non è pubblico ufficiale.* — Dott. R. P. da C. — Il medico condotto non è pubblico ufficiale. Non si può procedere che per ingiurie.

(9171) *Chiusura di concorso.* — Dott. S. V. da R. E. — Se tutti hanno ritirato i proprii documenti, il concorso è esaurito e si deve ripetere. Se è rimasto qualche concorrente o parte di essi il sanitario rimasto o fra quelli rimasti, deve essere nominato il condottato. Non è possibile per la sua lunghezza riportare integralmente il parere del Consiglio di Stato da Lei indicato.

(9173) *Congedo all'ufficiale sanitario.* — Dott. L. M. da V. — La risposta contenuta nel n. 9129, fasc. 46, anno corrente, non riflette congedo all'ufficiale sanitario ma altro argomento del tutto diverso. Il congedo è accordato dal Prefetto, ma non il temporaneo assenso di assentarsi giornalmente per qualche ora dalla residenza, dopo aver adempito i doveri del proprio ufficio.

(9175) *Congedo - Sessennio.* — Dott. A. B. da P. — Al medico condotto, investito delle funzioni di ufficiale sanitario, il Comune durante il mese di congedo deve corrispondere non solo lo stipendio da medico condotto, ma anche la indennità di ufficiale sanitario, giacchè il fatto della privazione di tale compenso costituirebbe un indiretto aggravio, non consentito dall'articolo 29 del Regolamento generale sanitario. Pel compimento del sessennio va computato anche il servizio interinale, come giustamente ha ritenuto il Consiglio di Stato con parere del 6 dicembre 1912. (Vedi legislazione sanitaria in rapporto allo esercizio professionale del comm. Vigo a pag. 114 e segg., ove è ampiamente trattato l'argomento).

Doctor JUSTITIA.

AVVERTENZA - **I quesiti pervenutici dopo quelli cui si risponde nel presente fascicolo, avranno esito a partire dal 1° fascicolo della prossima annata, che si pubblicherà il 2 gennaio 1922. Ciò valga di norma agli abbonati che hanno formulato dei quesiti e che volessero sollecitare il riscontro.** *La Redazion*

CONCORSI.

ARIANO NEL POLESINE (*Rovigo*). — A tutto 31 dic., due reparti; età limite 45; L. 6000 per 1000 pov. (in corso d'approvaz. aumento del 15 %), c.-v., L. 100 ogni 50 pov. in più o fraz.; L. 2500 cav. per il 1° rep. sp. Serv. entro 15 giorni.

ATTIGLIANO (*Perugia*). — Al 15 genn., L. 6000, doppio c.-v., L. 300 quale uff. san., L. 50 assicur. Servizio entro 15 giorni. Chiedere annunzio.

CERVETERI (*Roma*). — Al 20 dic., per i poveri delle frazioni; L. 9000 e doppio c.-v., L. 2000 per la cav., 5 quadrienni del decimo.

CIVITELLA S. PAOLO (*Roma*). — Scad. 31 dic.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., L. 500 uff. san., L. 500 arm. farm., abitaz., doppio c.-v.

CUPRAMONTANA (*Roma*). — A tutto il 31 dic., 3ª cond., in prevalenza medica; L. 12,000 pei pov., doppio c.-v., L. 2,400 p. cavalc., 5 % tariffa p. gli abbienti. Il Consiglio sarà libero di non addivenire alla nomina nel caso di un solo concorrente.

GROTTAFERRATA (*Roma*). — Scad. 31 dic.; 1ª cond.; L. 7000 fino a 2000 pov.

LIBERI (*Caserta*). — L. 6000 e benefizi di legge. Scad. 31 dic.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico primario pediatra e primario oculista; al 28 febbr.; età-limite 44 anni. L. 7000. Titoli od esami o titoli ed esami a scelta. Chiedere annunzio alla Direzione medica.

MOLINO DE' TORTI (*Alessandria*). — Scad. 30 dic.; cons. con Alzano; L. 4500, doppio c.-v., L. 500 uff. san., L. 500 trasp.

MONTEGRIDOLFO (*Forlì*). — Scad. 31 dic. Cond. residenz.; L. 9000 e 8 bienni ventes., L. 2500 cav., doppio c.-v.

MONTERUBBIANO (*Ascoli Pic.*). — Al 31 dicembre; L. 6500 obbligo resid., L. 1000 fino a 1000 pov., addizion. L. 2.50, L. 500 uff. san., due c.-v., 10 bienni ventes.; non obbligo cavalc.

ORTANUOVA (*Foggia*). — Per Ordono; ab. 1200 circa riuniti: L. 4500 pei poveri e un decimo per indenn. malaria, c.-v. Scad. 30 dic.

PETRELLA SALTO (*Aquila*). — Scad. 30 dic.; L. 6000, sessenni, L. 2000 cav., L. 500 uff. san., due c.-v.

PIGLIO (*Roma*). — Al 31 dic.; L. 7500 per 1500 pov., addizion. L. 1.50, L. 300 quale uff. san., 5 quadrienni del decimo.

TREDOZIO (*Firenze*). — Scad. 23 dic.; cond. di ponente; L. 6000, due c.-v., L. 4000 cav. (soggetta a revisioni), 8 trienni decimo; in corso approvaz. a L. 7000.

Medico-chirurgo trentenne assumerebbe buon interinato, preferibilmente di lunga durata. Scrivere al dott. Gonterini Giuseppe - Fornello (Roma).

Medico ottimi titoli cerca occupazione presso Ospedale, Casa di salute, Manicomio o buon interinato alta Italia. Indirizzare corrispondenza: Salvatore Colucci - Lucera (Foggia).

Diffide e boicottaggi.

Consorzio Marano-Mezzomerico (Novara). — Si avverte che questo Consorzio è sempre boicottato a favore dei colleghi Bonini di Marano e Julitta di Mezzomerico.

Consorzio Tagliuno-Caleppio (Bergamo). — Diffidato perchè non ha adottato il Capitolato-tipo e perchè il dottor Pergomi fu costretto, dalle esagerate pretese e dalla ingiustificata malevolenza della popolazione, a dare le dimissioni. Il servizio interinale sarà ad alta tariffa.

Consorzio Sanitario privato di Caltignaga (Novara). — La Sezione di Novara dell'A. N. M. C. rende noto che nel Comune di Caltignaga, con una popolazione di 2000 abitanti, di cui ben 1300 inscritti nell'elenco dei poveri, ad opera del Circolo Agricolo Ricreativo si tenta costituire un Consorzio Sanitario privato, e venne già compilato il relativo capitolato d'oneri, che non potrebbe essere più reazionario ed umiliante ed jugulatorio, inaccettabile da qualsiasi manovale!! Si pregano pertanto tutti i medici, organizzati o meno, a rifiutarsi non solo ad accettare un simile posto, ma a rifiutare qualsiasi trattativa venisse offerta, ricordando che tale Consorzio viene creato in odio alla trasformazione della condotta da piena in residenziale, e mentre dal titolare vennero accordate tutte le facilitazioni possibili e compatibili con la dignità professionale agli esclusi dall'elenco dei poveri.

(*Dall'Ufficio Stampa* dell'A. N. M. C.)

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. dott. Giuseppe Cavallaro, incaricato dell'insegnamento della stomatologia nel R. Istituto di Studi Superiori di Firenze, su proposta di S. E. il Presidente del Consiglio, con R. decreto 24 ottobre 1921 è nominato Commendatore della Corona d'Italia.

Al neo-commendatore congratulazioni vivissime.

Il dott. Eugenio Milani è abilitato per titoli alla libera docenza in elettroterapia e radiologia medica presso la R. Università di Roma.

Al valente studioso e professionista porgiamo i nostri rallegramenti cordiali.

LA RUBRICA DELL'AMMINISTRAZIONE

GIUDIZI DI ABBONATI.

In questa rubrica faremo posto, di tanto in tanto, come lo scorso anno, ad alcuni degli apprezzamenti più significativi che numerosi ci pervengono in occasione del rinnovo degli abbonamenti.

***

Ci limitiamo, per ora, a trascriverne un paio.

Il dott. Luigi Florio, da Amantea (Cosenza), il quale aveva disdetto il suo abbonamento del 1921, scrive:

«Invio la mia quota d'abbonamento al «Policlinico» per l'annata ventura. Mi sono convinto che nessun medico cosciente, che vive lontano dai

grandi centri, può fare a meno di quell'ottima rivista di medicina e chirurgia».

Il dott. Ercolano Cappi, di Castelverde (Cremona), scrive:

«Profitto dell'occasione per esprimere la mia viva soddisfazione pel giornale, che, ispirandosi alla dignità della scienza, sa mantenersi superiore».

NOTIZIE DIVERSE.

Una Società italiana di Medicina e Chirurgia Ospedaliera.

Un gruppo di medici ospedalieri primari di medicina e chirurgia, fra i quali citiamo Giordano di Venezia, Nicolich di Trieste, Bastianelli, Re G., Arcangeli, Nazari, Sforza e Carducci di Roma, Grossich di Fiume, Riva Rocci di Varese, Giannelli di Roma, Baccarani di Ancona e Mattoli di Chieti, invia una circolare incitante i medici ospedalieri d'Italia a riunirsi in una Società scientifica nazionale di medicina e chirurgia ospedaliera.

I medici ospedalieri da tempo hanno dato larga prova della loro maturità di cultura e della loro capacità ed attività didattiche. Essi contano fra loro spiccate individualità, periodici medici come la *Rivista Ospedaliera* di Roma e l'*Ospedale Maggiore* di Milano, nuclei di attività culturale come la Società Lancisiana degli Ospedali di Roma, la Scuola Minich degli Ospedali di Venezia, la Scuola Capozzi degli Ospedali di Napoli. Ma la loro attività manca di differenziazione; si perde nel movimento scientifico medico italiano; non è posta nella sua giusta luce, e per queste ragioni non è apprezzata come dovrebbe esserlo.

Preme invece ai medici ospedalieri che fuori del loro campo, a coloro che li debbono apprezzare e alle autorità di Stato alle quali essi si accingono a chiedere equo riconoscimento della loro funzione, appaia chiaramente l'alto grado di maturità che la classe sanitaria ospedaliera ha raggiunto, la sua perfettibilità, il grande contributo che essa, coi servizi tecnici che anima e dirige, può portare all'insegnamento della medicina. Essi domandano che lo Stato utilizzi a contributo dell'educazione professionale dei giovani, le personalità sanitarie e le organizzazioni tecniche di cui i grandi centri ospedalieri possono disporre.

La Società costituenda si assume la responsabilità di aiutare il perfezionamento scientifico del personale sanitario ospedaliero indicendo Riunioni o Congressi annuali, organizzando Corsi di perfezionamento, creando Borse di studio, preparando viaggi di istruzione, promuovendo l'interessamento e l'appoggio delle Autorità governative alle iniziative proprie, e quanto altro potrà essere ritenuto confacente ad elevare la dignità intellettuale degli Ospedali italiani e a favorirne i progressi scientifici e tecnici.

Il Comitato ordinatore, di cui è segretario il prof. Sforza Nicola, Roma, via Ludovisi 16, riceve le adesioni dei colleghi ospedalieri che approvano l'iniziativa della costituzione della Società alla quale, raccolto il necessario numero di adesioni, si darà forma regolare e vita attivissima.

Corso di perfezionamento in Ortopedia e Traumatologia dell'apparato motore.

Nell'anno scolastico 1921-1922 avrà luogo, presso la Clinica Ortopedico-Traumatologica della Università di Roma, al Policlinico Umberto I, un Corso di Perfezionamento trimestrale, in *Ortopedia* e *Traumatologia dell'apparato motore* per i laureati in Medicina e Chirurgia.

Il Corso s'inizierà l'11 gennaio 1922 e saranno impartiti i seguenti insegnamenti:

1) Prof. R. Dalla Vedova, Conferenze di clinica ortopedica e traumatologica;

2) Prof. G. L. Gazzotti, Patologia delle deformità congenite e acquisite dell'apparato motore;

3) Prof. S. Crainz, Patologia delle lesioni violente dell'apparato motore;

4) Prof. G. L. Gazzotti, Tecnica degli apparecchi gessati (con esercitazioni pratiche);

5. Dott. E. Gualdi, Ginnastica medico-fisiologica e rieducazione funzionale.

Alla fine del Corso, quelli che l'avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova di esame, riceveranno un Diploma di perfezionamento in Clinica delle malattie nervose.

Per essere ammesso si deve fare domanda su carta bollata da L. 1.00 al Rettore della R. Università, non più tardi del 10 gennaio 1922 presentando:

a) Fede di nascita debitamente legalizzata dal Presidente del Tribunale;

b) Diploma e certificato di laurea in Medicina e Chirurgia (anche di Università estere);

c) Quietanza di L. 300 rilasciata dall'Economo della R. Università. Si dovranno pure versare nella Cassa Universitaria L. 78.90 occorrenti per sopratassa di esame di diploma, per gli esercizi di Laboratorio, per bollo e indennità.

Per ritirare il Diploma gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta bollata da L. 1.00 e versare alla Cassa Universitaria L. 10.60.

Saranno accolte soltanto le prime 30 domande.

Corso di perfezionamento in Ostetricia e Ginecologia.

Viene tenuto presso i RR. Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano.

Materie d'insegnamento sono: 1° Dimostrazioni operatorie: *a*) operazioni laparotomiche (Mangiagalli); *b*) operazioni non laparotomiche (Aiuti ed Assist.); 2° Lezioni: *a*) Clinica ostetrico-ginecol. (Mangiagalli); *b*) Anatomia ostetrica (Livini); *c*) Pelviologia e Operazioni ostetriche (Fossati); *d*) Propedeutica ostetrico-ginecologica (Mirto); 3° Conferenze: *a*) Anatomia patologica ostetrico-ginecologica (Monti); *b*) Ostetricia legale (Magnanimi); *c*) Eugenetica (Patellani); 4° Visite quotidiane (alle ore 17-18) tranne il giovedì; 5° Esercitazioni di laboratorio (Massazza); occorre all'uopo una iscrizione speciale, pagando una quota di L. 50 per il consumo dei reagenti.

La nuova Clinica Chirurgica di Modena.

Sono stati solennemente inaugurati i nuovi grandiosi locali della Clinica Chirurgica di Modena, presenti le autorità civili, militari e accademiche

e moltissimi invitati. Varî oratori hanno inneggiato all'opera sagace del prof. Mario Donati, direttore della Clinica, augurandosi che egli — sebbene riuscito primo nel concorso per la Clinica chirurgica di Padova — non lasci la città ove è circondato di tanta stima e di effetto devoto.

Il Donati disse poi il discorso inaugurale sul tema: «Dottrina e pratica in chirurgia».

Corsi di perfezionamento in Igiene.

Nell'Istituto di Igiene della R. Università di Torino (via Bidone, 37) avranno luogo nell'anno scolastico 1922, a norma dei vigenti Regolamenti, due corsi di perfezionamento in Igiene. Il primo nel quadrimestre dal 1° febbraio a tutto maggio, di preparazione ai Concorsi ai posti di Carriera Sanitaria, governativi e comunali; il secondo nel bimestre aprile e maggio, per gli aspiranti alla carica di ufficiale sanitario nei Comuni. Sono ammessi a questi corsi i laureati in Medicina e Chirurgia, in Veterinaria, in Ingegneria, in Chimica farmaceutica.

Le domande di iscrizione devono dirigersi al sig. Rettore della R. Università, corredate dal certificato di laurea.

La tassa di iscrizione al primo e secondo Corso è di L. 300, al solo secondo corso di L. 200. Si raccomanda di munirsi di proprio microscopio; per valersi di quelli dell'Istituto si pagherà una tassa di L. 20. Una quota complessiva di L. 30 sarà pagata per spese di segreteria e di diploma.

Le lezioni ed esercitazioni hanno luogo tutti i giorni, all'infuori delle domeniche, fra le ore 14 e le 18.

Di ERRICO DE RENZI, che alla clinica medica consacrò la sua attività meravigliosa e che lascia tanta eredità di studi severi e apprezzati, diremo ampiamente in un prossimo numero.

Il fascicolo 12 (1° dicembre 1921) della nostra **SEZIONE MEDICA** contiene:

L. DE LISI: **Sul pakinsonismo da encefalite epidemica.**

S. SILVESTRI: **La cinconina nella cura della malaria.**

R. MARCHESINI: **Sulla piastrinosi e piastrinogenesi.**

Il fascicolo 12 (15 dicembre 1921) della nostra **SEZIONE CHIRURGICA** contiene:

M. SALAGHI: **Contributo allo studio della deformità di Sprengel.**

F. PUTZU: **Sulle pseudoartrosi.**

L. G. GAZZOTTI: **Contributo dello studio del trapianto osseo alla Hahn-Codivilla.**

G. GAVINA: **Due casi di idronefrosi intermittente.**

Indice alfabetico per materie.

FINE DEL VOLUME XXVIII° *(Sezione Pratica)*

Il fascicolo 52 contenente il frontespizio e l'indice generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il 1° fascicolo dell'annata XXIX uscirà il 2 gennaio 1922.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.